



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: DIFERENTES CENÁRIOS E DESAFIOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Comunitária

**Vanessa dos Santos Cardoso Monteiro**

**PORTO, Março de 2010**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

## **ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: DIFERENTES CENÁRIOS E DESAFIOS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Comunitária

**Vanessa dos Santos Cardoso Monteiro**

**Sob orientação da Professora Norminda Magalhães**

**PORTO, Março de 2010**



## RESUMO

Este Relatório descreve os caminhos percorridos no Estágio, no sentido da aquisição de competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária. O Estágio desenvolveu-se em dois Módulos (Módulo I - Diagnóstico de Saúde e Módulo II - Intervenção de acordo com as necessidades) que decorreram entre os dias 20 de Abril e 20 de Junho e os dias 6 de Outubro e 27 de Novembro de 2009, respectivamente, no Centro de Saúde Vila Real I. Desenvolveram-se actividades em diferentes domínios da Enfermagem Comunitária, reflectindo a diversidade e multiplicidade de áreas em que foi necessário aprofundar conhecimentos e competências.

No âmbito do Módulo I foi produzido um diagnóstico de saúde circunscrito à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes. Foram definidas prioridades, emergindo como área de intervenção a promoção da actividade física nas pessoas com diabetes tipo 2. No segundo módulo, foi concebido um projecto de intervenção (“P’ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2”), executado e avaliado, e realizada a I Feira da Diabetes.

O projecto “P’ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2” procurou promover a escolha informada e o desenvolvimento de habilidades e competências na gestão dos processos de saúde/doença, através de Sessões de Educação para a Saúde, com base na constituição de um grupo operativo.

A I Feira da Diabetes visou a promoção de estilos de vida saudáveis, informação relevante para a adesão a comportamentos salutógenicos, rastreio de factores de risco para a diabetes e pé diabético, adesão ao regime terapêutico na diabetes e distribuição de materiais específicos para o auto-cuidado.

Foram desenvolvidas outras actividades com vista ao desenvolvimento de diferentes competências na área de actuação da Especialização em Enfermagem Comunitária, nomeadamente no âmbito da Saúde Escolar, Equipa Coordenadora Local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Medidas de Prevenção da Gripe H1N1, consubstanciadas no Empoderamento Comunitário.

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária, Diabetes *Mellitus* Tipo 2, Prevenção, Gestão/Adesão ao Regime Terapêutico; Actividade Física.



## ABSTRACT

This summary describes the course taken along the traineeship, in order to obtain skills in the area of Specialization in Community Nursing. The traineeship developed in two Units (Module I-Health assessment and Module II- Intervention according needs) that took place between April the 20<sup>th</sup> and June the 20<sup>th</sup> 2009, and October the 6<sup>th</sup> and November the 27<sup>th</sup> 2009, respectively, in the Vila Real I Health Care Centre.

Activities in different fields of the Community Nursing have been developed, reflecting the diversity and multiplicity of areas in which there was a need to deepen knowledge and skills. In the context of Unit I, a health diagnose was made restrict to the Adherence/Management of the Therapeutic Regimen and Self Care in Diabetes. Priorities have been defined, emerging as intervention area the promotion of physical activity in people with Diabetes type 2. In Unit II, an intervention project was conceived (Pro Active: Educational Project for People with diabetes type 2), executed and evaluated, and the I Diabetes Fair took place.

The Pro Active project: Educational Project for People with diabetes type 2, tried to promote an informed choice and to develop skills and competences in the management of health/sickness processes, through sessions of Education for Health, based on the constitution of an operative group.

The First Diabetes Fair aimed to promote healthy life styles, relevant information for the accession to salutary behaviours, screening of risk factors to Diabetes, screening of the diabetic foot, accession to the therapeutic regimen in Diabetes, and distribution of specific materials to Self Care.

Other activities have been developed in order to evolve in other competences in the area of the specialization in Community Nursing, namely in the context of School Health, Local Coordinating Team of the National Network for the Continuous and Integrated Care and Preventive Measures to H1N1 virus, based on Community Empowerment.

**Key Words:** Community Nursing; Diabetes Mellitus type 2; Prevention; Adherence/Management to the Therapeutic Regimen; Physical Activity.



## **AGRADECIMENTOS**

O meu reconhecimento à Professora Norminda Magalhães, pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo este processo de formação.

A toda a equipa do Centro de Saúde Vila Real I, em particular à Enfermeira Chefe, Ana Ribeiro, e Enfermeira Dulce Martins, pelos momentos partilhados e aprendizagens.

Aos utentes... Sem eles nada faria sentido.

À Tia Tina e Tio Fernando, pelo amor incondicional.

Aos meus Pais, que acarinharam e incentivaram esta aventura (como sempre).

À Tia João, pelos comentários assertivos...

À restante Família (onde os amigos estão incluídos), pelo tempo roubado...

Finalmente, ao Jóni, por tudo o que esta etapa representou nas nossas vidas...



## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde  
APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal  
AVE - Agrupamento Vertical de Escolas  
CS - Centro de Saúde  
CSVRI - Centro de Saúde de Vila Real I  
DGS - Direcção-Geral da Saúde  
DL -- Decreto-Lei  
EASD - European Association for the Study of Diabetes  
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
ECL - Equipa Coordenadora Local  
EEC- Especialização em Enfermagem Comunitária  
EPS - Educação para a Saúde  
FINDRISK - Finish Diabetes Risk Score  
IDF - Internacional Diabetes Federation  
IMC - Índice de Massa Corporal  
Kg - quilograma  
Km<sup>2</sup> - quilómetro quadrado  
nº - número  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
p. - página  
PA - Perímetro Abdominal  
PAS<sup>3</sup> - Programa Alimentação Saudável no Terceiro Ano  
PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar  
PNPCD - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes  
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SE - Saúde Escolar  
SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde  
SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia  
TA - Tensão Arterial  
UCP - Universidade Católica Portuguesa  
UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro  
WHO - World Health Organization



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
<b>1. EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO: POTENCIAL PARA TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS COMUNITÁRIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>2. DOS CAMINHOS PERCORRIDOS: DIFERENTES CONTEXTOS DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Diabetes: desafios para a prevenção.....</b>	<b>21</b>
2.1.1. Projecto P'ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2 .....	24
2.1.2. I Feira da Diabetes .....	39
2.2. Saúde Escolar .....	42
2.3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados/Equipa Coordenadora Local .....	46
2.4. Gripe A: intervir em cenários de ameaça .....	47
<b>3. CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo I.</b> Formulário do Diagnóstico de Saúde .....	61
<b>Anexo II.</b> P'ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo2 .....	71
<b>Anexo III.</b> Planeamento da sessão “À descoberta da Diabetes” .....	99
<b>Anexo IV.</b> Instrumento de Avaliação da sessão “À descoberta da Diabetes” .....	107
<b>Anexo V.</b> Planeamento da sessão 1 “Vamos Começar” .....	111
<b>Anexo VI.</b> Planeamento da sessão 2 “Ser + Activo” .....	119
<b>Anexo VII.</b> Planeamento da sessão 3 “Da Teoria à Prática” .....	127
<b>Anexo VIII.</b> Planeamento da sessão 4 “Pensar os Alimentos” .....	135
<b>Anexo IX.</b> Planeamento da Feira da Diabetes .....	143
<b>Anexo X.</b> Panfleto da I Feira da Diabetes.....	149
<b>Anexo XI.</b> <i>Score</i> de Risco FINDRISK .....	153
<b>Anexo XII.</b> Poster Gripe A .....	157

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Caracterização sumária do Grupo Operativo .....	30
<b>Quadro 2.</b> Valores médios de TA e glicémia capilar ocasional dos participantes .....	33
<b>Quadro 3.</b> Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC .....	33
<b>Quadro 4.</b> Indicador de actividade .....	38
<b>Quadro 5.</b> Síntese dos indicadores de resultado .....	39
<b>Quadro 6.</b> Área de abrangência do CSVRI na Saúde Escolar.....	43

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório integra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC) 2008/2010, pretendendo ser o relato final de natureza reflexiva das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007, p. 10) propõe como conceito para Enfermeiro Especialista “*O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado*”. Face à aprovação do Modelo de Desenvolvimento Profissional em Maio de 2007, estruturado em dois eixos, a certificação de competências e o sistema de individualização de especialidades constituem áreas com importância própria relativamente ao desígnio fundamental da OE. Assim sendo, o perfil de competências dos enfermeiros especialistas, à data do presente relatório, apresentava-se em consulta aos diferentes profissionais com recurso à “Técnica de Delphi”, no sentido de encontrar um nível elevado de consenso entre os enfermeiros em relação às competências comuns e específicas das diferentes áreas de especialização.

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro reflecte sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objectivos estabelecidos, num processo de permanente interacção com as comunidades e os seus recursos.

Com vista à obtenção da EEC, o desenvolvimento deste estágio teve subjacente a definição dos objectivos e competências a adquirir, preconizadas no Guia de Orientação (Universidade Católica Portuguesa [UCP], 2009) da unidade curricular, que se concretiza em contextos da prática através da realização de um projecto individual.

A escolha do local de estágio resultou de uma opção pessoal e desenvolveu-se em dois Módulos, no período entre 20 de Abril e 27 de Novembro de 2009, no Centro de Saúde de Vila Real I (CSVRI), totalizando 500 horas. Fazia todo o sentido desenvolver um projecto que contribuísse de algum modo para a melhoria da oferta de cuidados à população, que pudesse ter continuidade no futuro e não como simples cumprimento de uma exigência curricular. Em virtude da minha experiência profissional no campo de intervenção em Cuidados de Saúde Primários, há mais de 4 anos no CSVRI, num trabalho de proximidade com os indivíduos, famílias e comunidades, e a minha participação como enfermeira responsável na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), foi possível o reconhecimento de competências adquiridas e como tal a creditação do Módulo III, que preconizava a realização de um estágio opcional em função do projecto profissional.

Para uma melhor contextualização do local de estágio, importa referir que com a reconfiguração dos Centros de Saúde, estabelecida pelo DL n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. O CSVRI integra com mais 7 Centros de Saúde (Vila Real II, Santa Marta de Penaguião, Mesão Frio, Peso da Régua, Sabrosa, Alijó e Murça) o ACES Douro I: Marão e Douro Norte, constituído por uma população inscrita de 124. 277 utentes em 2009 e uma população residente estimada para o ano de 2008 de 105.688 (ARSN, 2009).

Em relação ao CSVRI, importa referir que abrange uma área de cerca de 260 Km<sup>2</sup>, englobando as freguesias de Adoufe, Lamas de Olo, Lordelo, Torgueda, Vila Marim, Borbela, Campeã, Mondrões, Parada de Cunhos, Pena, Vilarinho da Samardã, Vila Cova, Quintã, Nossa Senhora de Conceição, São Dinis e São Pedro (utentes da margem direita do rio Corgo). Tem uma população inscrita de 32.044 utentes, sendo 15.232 do sexo masculino e 16.812 do sexo feminino, por consulta ao Sistema Informático das Unidades de Saúde (SINUS) em 12 de Junho de 2009. Com um horário de funcionamento entre as oito e as vinte horas nos dias úteis, apresenta uma equipa constituída por vinte e dois Enfermeiros, dezoito Médicos, uma Psicóloga, um Técnico de Cardio-pneumologia, um Nutricionista, dezassete Assistentes Técnicos, oito

Assistentes Operacionais, um Motorista e uma Telefonista. Numa breve descrição da metodologia dos cuidados de enfermagem, de referir que predomina um registo de trabalho por tarefas, iniciando-se já um desenvolvimento da figura do Enfermeiro de Família que gradualmente tem vindo a sustentar uma modificação nas práticas dos cuidados.

No primeiro módulo, foi elaborado um diagnóstico de saúde, circunscrito à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, tendo como população alvo os utentes inscritos no CSVR I, no Programa de Saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Num total de 1140 utentes (Junho de 2009), seleccionámos uma amostra de 204 utentes, que representam 17,9% da população de diabéticos inscritos em programa, sendo que a colheita de dados ocorreu em diferentes espaços, como Centro de Saúde (CS), Visitação Domiciliária e Unidade Móvel de Saúde. À opção pela realização do diagnóstico de saúde na área da Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes esteve inerente a necessidade, percebida pelas Enfermeiras Chefe e Tutora do Estágio, de um conhecimento mais aprofundado, rigoroso e sistematizado da população diabética. Perspectivou-se, deste modo, um conjunto de intervenções, que pela sua especificidade, tivessem uma maior possibilidade de proporcionar mudanças significativas nos processos de Adesão ao Regime Terapêutico e, por conseguinte, maximizar o potencial de saúde.

Tendo em conta o horizonte do plano e a área de programação, foram definidas prioridades, emergindo como área de intervenção a promoção da actividade física, considerada como uma das componentes que evidenciou menor adesão por parte das pessoas com diabetes.

No segundo módulo, desenvolveu-se um projecto de intervenção “P’RÓ ACTIVO” e realizou-se a I Feira da Diabetes, que despertaram o interesse e motivação por parte da equipa. Foram desenvolvidas outras actividades no decorrer do estágio com vista ao desenvolvimento de diferentes competências na área de actuação da EEC, conduzindo a uma reflexão sobre o conhecimento, pois corroborando Benner (2005, p. 14), “...a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

Deste modo, o presente documento pretende descrever, de forma sucinta e sistematizada, as actividades desenvolvidas e também imprimir uma análise crítico-reflexiva ao desenvolvimento global do estágio.

Da estrutura deste relatório constam dois capítulos. O primeiro, comporta um quadro de referência relativo à temática do Empoderamento Comunitário, dada a sua relevância nos programas de Promoção de Saúde, sublinhada em numerosos estudos, enquanto eixo estruturante e orientador. No segundo capítulo, são descritas e analisadas as actividades realizadas no decorrer do Estágio (Módulos I e II) nos diferentes cenários experienciados na EEC, ao nível dos Programas de Saúde com vista à concretização dos objectivos do Plano Nacional de Saúde. No final, será feita uma breve conclusão, sumariando as competências adquiridas durante este processo formativo, e também a formulação de sugestões e propostas que decorrem de um permanente questionamento da prática.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos: a pesquisa bibliográfica para fundamentação das actividades; a utilização do Portfólio elaborado durante o Estágio com vista à consulta e reflexão sistemática; reuniões tutorais com a Professora Orientadora e Enfermeira Tutora, visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio; o recurso permanente à relação comparativa entre as actividades desenvolvidas e os objectivos fixados; e a análise comprometida com a aquisição de competências no âmbito do exercício profissional especializado em Enfermagem Comunitária.

Durante a elaboração deste documento, prevejo dificuldades relacionadas com a tradução em palavras, de modo sucinto e objectivo, da riqueza das experiências que ao longo deste período contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como na sua estruturação, no sentido da consecução de uma articulação lógica, sequencial e apelativa à leitura deste relatório.

## **1. EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO: POTENCIAL PARA TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS COMUNITÁRIAS**

O Empoderamento Comunitário orientou, como estratégia central da Promoção da Saúde, as actividades desenvolvidas. Procurarei reflectir acerca do empoderamento comunitário, enquanto potencial para a transformação das práticas e processos comunitários.

O conceito de Empoderamento tem sofrido alterações ao longo dos tempos e está presente em diferentes áreas do conhecimento, revestindo-se de alguma complexidade e sentidos variados. Existem estudos a nível internacional que demonstram a relevância desta temática no contexto da saúde, sugerindo contributos importantes ao nível da melhoria na qualidade de vida da pessoa e da sua capacidade de tomada de decisão, e na redução da dependência dos profissionais de saúde, para o desenvolvimento de uma cultura participativa na área da Saúde (Howorka, 2000; Neuhauser, 2003).

Na área da Promoção da Saúde, estão presentes recomendações implícitas ou explícitas para o seu uso em diferentes conferências internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS). A Promoção da Saúde é um processo que visa aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde e seus determinantes, constituindo um dos principais Modelos Teóricos que influenciam as políticas de saúde em todo o mundo. Baseia-se em princípios que defendem a saúde como um direito humano fundamental, equidade e justiça social, responsabilidade social dos sectores público e privado, alianças, trabalho em rede e parcerias, a participação, o empoderamento individual e comunitário, responsabilidade individual no estado de saúde, desenvolvimento de infra-estruturas, integração em diferentes sectores e ética profissional (World Health Organization [WHO], 2010).

A Sétima Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 2009 no Quénia, afirma que o Empoderamento Comunitário concorre para o fortalecimento das comunidades, atendendo a determinantes sociais, culturais, políticos e económicos que influenciam a saúde, fomentando parcerias entre diferentes sectores com vista a encontrar soluções (WHO, 2009).

O Empoderamento é um processo multidimensional que ajuda as pessoas a tomar decisões, a controlar as suas vidas, através da escolha informada, questionando as perspectivas tradicionais de poder, participação, colaboração, ajuda e realização social. Centra-se na colaboração, partilha e mutualidade, com um enfoque individual ou colectivo, dirigido ao desenvolvimento de diferentes competências (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

De acordo com Morrondo (2000), o Empoderamento destaca-se na medida em que a saúde é influenciada pelo nível de controlo que a pessoa tem da sua vida, pelo poder ou impotência, considerando-o uma estratégia primária da Promoção da Saúde, salientando que o profissional não tem que dar o poder aos indivíduos e às comunidades, mas proporcionar-lhes condições que tornem possível a sua aquisição. Nesta linha de pensamento, também Downie, Tannahill e Tannahill (2000) partilham a ideia de que o empoderamento é fulcral na Promoção da Saúde.

Segundo Labonte (1990), o Empoderamento Comunitário integra cinco aspectos, designadamente: a acção individual, o desenvolvimento de pequenos grupos, organizações comunitárias, parcerias e acção social e política, num contínuo que articula vários níveis, desde os individuais até aos organizacionais. Por sua vez, Zimmerman (1995) considera que o Empoderamento Comunitário se sustenta em alguns fundamentos, nomeadamente: a presença de um sistema de valores que promova o crescimento pessoal; um sistema que garanta, de forma continuada, o acesso a papéis sociais multifuncionais; um mecanismo de suporte centrado nos cidadãos como pares, que os acompanhe e proporcione um sentido sólido de comunidade e liderança.

Para o Empoderamento Comunitário concorrem múltiplos aspectos da esfera social, microfatores, associados ao indivíduo, como a confiança e a auto-estima, factores grupais, relacionados com a consciência crítica, e macrofactores, mais englobadores, relacionados com a acção política (Carvalho, 2004; Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005; Carvalho e Gastaldo, 2008).

A implementação de práticas e processos que tenham como meta o Empoderamento Comunitário implica abordagens educativas que fomentem a dinamização e envolvimento das pessoas, grupos e comunidades, através da reflexão crítica dos seus

problemas e desenvolvimento de estratégias de acção (Carvalho, 2004; Carvalho e Gastaldo, 2008).

Em suma, estão descritas na literatura as vantagens do Empoderamento nas actividades de Promoção da Saúde, contribuindo para uma perspectiva global e sistematizada da resolução dos problemas, ao nível da aprendizagem e aquisição de competências que permitem às pessoas intervir na mudança, tornando a saúde acessível a todos.

Neste sentido, o Empoderamento Comunitário procura proporcionar aos indivíduos e comunidades a vivência plena da sua saúde, capacitando-os para as escolhas informadas e sustentadas, revelando um imenso potencial na transformação das práticas de Enfermagem Comunitária, com vista à melhoria do bem-estar das pessoas, na ajuda da consecução dos seus projectos de saúde e obtenção de ganhos em saúde.



## **2. CAMINHOS PERCORRIDOS: DIFERENTES CONTEXTOS DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Na sequência deste estágio, foram desenvolvidas actividades em diferentes domínios da Enfermagem Comunitária, procurando este relatório reflectir a diversidade e multiplicidade de áreas em que foi necessário aprofundar conhecimentos e competências. Portanto, farei uma incursão breve e sumária sobre as diferentes experiências no campo da Enfermagem Comunitária, que não pode ficar refém de uma área sob pena de desperdiçar ricas oportunidades de aprendizagem na busca do conhecimento sustentado e competências para o exercício profissional.

Neste capítulo serão descritas, de forma fundamentada, crítica e reflexiva, as actividades desenvolvidas ao longo dos Módulos I e II que decorreram entre os dias 20 de Abril e 20 de Junho e os dias 6 de Outubro e 27 de Novembro de 2009, respectivamente. Consta no Guia Orientador (UCP, 2009), para o Módulo I, a realização do Diagnóstico de Saúde, e posterior Intervenção, de acordo com as necessidades identificadas, no Módulo II.

Neste contexto, as intervenções de âmbito comunitário implementadas tiveram em conta a relevância dos Programas de Saúde e a sua coerência e articulação com os objectivos e metas do Plano Nacional de Saúde, como também a promoção do empoderamento, enquanto estratégia na promoção e educação para a saúde.

No decorrer do estágio, as actividades desenvolvidas e reflexões produzidas foram registadas no portfólio, que se revelou um instrumento valioso para a redacção do actual relatório.

### **2.1. Diabetes: desafios para a prevenção**

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a diabetes é uma das causas de morte que registou dos mais importantes acréscimos na última década. O Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) engloba um conjunto de

orientações estratégicas e intervenções propostas para Portugal, no sentido da prevenção e controlo da doença. A grande probabilidade de ocorrência de complicações faz com que a diabetes seja um dos “*problemas de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total e parcial durante o século XXI*” (DGS, 2007a, p. 2). Numa melhor consolidação e fundamentação desta área problemática, consulte os principais documentos emanados por entidades de referência, nacionais e internacionais, nomeadamente, OMS, Direcção-Geral da Saúde (DGS), Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), European Association for the Study of Diabetes (EASD) e International Diabetes Federation (IDF), evidenciando-se a sua preocupação com este grande problema de saúde pública nas suas diferentes dimensões. As directivas nacionais, presentes no PNPCD, constituíram um importante fio condutor das actividades a levar a cabo.

A Diabetes *Mellitus* comporta um conjunto de patologias metabólicas traduzido por hiperglicemia (taxa elevada de açúcar no sangue), decorrente de deficiente secreção, acção da insulina ou ambas. A hiperglicemia marcada caracteriza-se por: poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão enevoada (American Diabetes Association, 2008). Não menos relevantes são a cronicidade e morbilidade elevadas associadas a esta patologia, e que acarretam um grande investimento em cuidados de saúde e no sector social.

Nas diversas zonas do mundo, a incidência e prevalência da diabetes apresentam variações, com um crescimento progressivo, sendo que a maior prevalência se situa no grupo etário acima dos 45 anos (DGS, 2007a). Num estudo realizado, a prevalência da diabetes na população portuguesa foi de 11,7%, no conjunto das pessoas com diagnóstico prévio de diabetes e das pessoas com diabetes não diagnosticada, com diferenças significativas entre os sexos, sendo que nos homens é de 14,2% e nas mulheres 9,5%. Este estudo aponta, em números reais, para a existência de 905.035 pessoas diabéticas com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Verificou-se um aumento substancial da prevalência à medida que aumenta a idade, sendo a prevalência por grupos etários, de 2,4% entre os 20 e os 39 anos, 12,6% entre os 40 e os 59 anos e 26,3% entre os 60 e os 79 anos. É de realçar que 2.687.698 portugueses, mais de um quarto da população, sofrem de diabetes ou de pré diabetes (DGS, 2009a).

De constatar a inexistência precisa de dados disponíveis relativos à incidência/prevalência da diabetes no ACES Douro I: Marão e Douro Norte, sendo que não se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação ao valor nacional e região norte, no que respeita à taxa de mortalidade padronizada para a Diabetes *Mellitus*.

Globalmente, o tratamento baseia-se na tríade alimentação, actividade física e medicação (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP], 2009; Nascimento do Ó e Loureiro, 2007), sendo o exercício físico a componente do Regime Terapêutico com menor adesão (Sousa, 2003).

Face à inexistência de elementos relativos à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, a Enfermeira Chefe do CSVRI e Enfermeira Tutora do Estágio sugeriram uma avaliação rigorosa e pormenorizada com a determinação do diagnóstico de saúde nesta área, com recurso ao SAPE e à aplicação de formulários (*Anexo I*), actividade desenvolvida em parceria com outro colega do Curso de Pós-Licenciatura de EEC.

Para o diagnóstico de saúde foi constituída uma amostra de 204 pessoas com diabetes, composta por 84 do sexo masculino e 120 do sexo feminino. Dos dados mais relevantes ressalta o marcado envelhecimento, com uma idade média de 69 anos, com baixa escolaridade e profissões pouco diferenciadas, com a maioria das mulheres a assumir o papel de prestador de cuidados. Quanto à classificação da Diabetes *Mellitus*, 24 (11,8%) apresentam Diabetes Tipo 1 e 180 (88,2%) Diabetes Tipo 2. Constata-se um deficiente cumprimento do número recomendado de consultas de vigilância para este grupo de risco, pondo em causa os objectivos da educação terapêutica. No que respeita a hábitos de vida essenciais para o controlo desta doença sobressaem o jejum nocturno superior a 8-9 horas (79,4%) e o défice acentuado de adesão à prática de exercício físico (66,2%), como também comportamentos inadequados nos cuidados com os pés. Da avaliação possível do Índice de Massa Corporal (IMC) ressalta situações de Pré-obesidade (39,2%), Obesidade Classe I (37,6%), Obesidade Classe II (11,3%) e Obesidade Classe III (5,4%).

Do diagnóstico de saúde elaborado, emergiram algumas áreas de investimento e foram definidas prioridades atendendo ao horizonte do plano e a área de programação. Neste

sentido, considerou-se prioritário intervir ao nível da promoção do exercício físico, quer pelo número significativo de situações de obesidade, quer pela não adesão a esta componente do Regime Terapêutico pela maioria dos diabéticos inquiridos (66,2%). Os indivíduos deverão ser encorajados a atingir e manter um peso saudável, com a promoção do exercício físico a apresentar-se como uma estratégia relevante a ser implementada. Para tal, o projecto de intervenção designado “*P’ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2*”, pretendeu ser uma resposta a esta problemática (*Anexo II*).

Não descurando um conjunto de intervenções que, aos diferentes níveis de prevenção, pretende concorrer para os objectivos preconizados no PNPCD, realizou-se a I Feira da Diabetes, que se diversificou num amplo leque de acções, tais como: promoção de estilos de vida saudáveis, informação relevante para a adesão a comportamentos de salutógenicos, rastreio de factores de risco para a diabetes e pé diabético, adesão ao regime terapêutico e distribuição de materiais específicos para o autocuidado.

### **2.1.1. Projecto P’ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2**

O nome atribuído ao projecto “*P’ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo2*” procurou transmitir a filosofia subjacente aos processos educacionais de pessoas adultas, situando-as face ao seu passado, ao presente e ao sentido que conferem ao seu projecto pessoal. Por isso, a ênfase está na aquisição de competências que permitam a responsabilidade e a pró-actividade para que as pessoas possam controlar a gestão dos processos de saúde/doença. É este o pressuposto que guiou a concepção deste projecto, na medida em que visava possibilitar aos utentes com diabetes tipo 2 a escolha informada e o desenvolvimento de habilidades e competências.

A população alvo deste projecto foi as pessoas com diabetes tipo 2 inscritas no Programa de Saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do CSVRI. A referenciação foi feita pelo Enfermeiro e Médico de Família, de acordo com os critérios de inclusão definidos: diagnóstico de não adesão ao exercício físico e aptidão para a sua prática. Deste modo,

o grupo ficou composto por 11 pessoas com diabetes tipo 2, que aceitaram participar no projecto de forma livre e voluntária, tendo sido solicitado a assinatura do consentimento informado relativo à participação e uso das fotografias para documentação.

Tendo em consideração que o planeamento e a implementação de qualquer projecto são norteados por objectivos, foram definidos objectivos gerais e específicos, a saber:

***Objectivos gerais:***

- Sensibilizar as pessoas com diabetes tipo 2, inscritas no CSVRI, para a importância da Adesão/Gestão do Regime Terapêutico;
- Melhorar as competências ao nível do exercício físico das pessoas com diabetes tipo 2 na gestão da doença.

***Objectivos específicos:***

- Conhecer a importância do exercício físico na Gestão do Regime Terapêutico;
- Avaliar a capacidade para fazer exercício físico;
- Adequar o plano e padrão de exercício físico às suas capacidades;
- Identificar as complicações e riscos da diabetes inerentes à prática do exercício físico;
- Adquirir conhecimentos sobre precauções de segurança no exercício físico;
- Conhecer os recursos disponíveis na comunidade de suporte a actividade física.

Os objectivos operacionais/metapas possibilitam a gestão realista do projecto e a sua monitorização ao longo do tempo, tendo sido definidas as seguintes metas, com o horizonte temporal preconizado para a realização do Módulo II de Estágio (de 6 de Outubro a 27 de Novembro de 2009):

- Conseguir que 40% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional demonstrem adesão a todas as actividades do projecto;
- Conseguir que 50% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional manifestem conhecimentos sobre a importância do exercício físico;
- Conseguir que 50% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional identifiquem as actividades físicas recomendadas à situação de saúde;
- Conseguir que 100% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional conheçam os recursos comunitários;
- Conseguir que 90% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional conheçam as complicações e riscos da diabetes inerentes ao exercício físico.

A continuidade do projecto e a concretização dos objectivos implicou um conjunto diversificado de profissionais que, detentores de saberes específicos, aumentaram a eficácia das intervenções realizadas, de entre os quais destacamos: Enfermeiro a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura de EEC; Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária do CSVRI; Professor Doutor do Departamento de Educação Física e Desporto, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Esta experiência de coordenar um projecto representou uma mais-valia, na medida em que potenciou o desenvolvimento de competências de liderança e de supervisão, intrínsecas à especificidade da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na gestão de equipas de saúde.

Atendendo a que a concretização de qualquer projecto implica a selecção de recursos de cariz educacional, a sua adequação reveste-se de particular pertinência, pelo que foram seleccionados de forma cuidada: espaço físico para desenvolver as sessões, tendo a escolha recaído na biblioteca do CSVRI e Ginásio da UTAD; projector multimédia; computador portátil; cartazes e folhetos de informação e divulgação; materiais didácticos relacionados com o exercício físico e lanches saudáveis para oferecer no final das sessões aos participantes.

Não menos importante, foi o compromisso da sociedade, estabelecido sob a forma de parceria, que Shuster e Goepfinger (1999, p. 318) definem como “*a distribuição (e redistribuição) informada, flexível e negociada de poder entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade*”. Deste modo, a saúde é conquistada, envolvendo as pessoas, através de estratégias inovadoras e criativas, essenciais no desenvolvimento de projectos na e com a comunidade. Nesta perspectiva, procurou-se a colaboração do CSVRI, Indústria Farmacêutica e Indústria Alimentar.

Prevendo antecipadamente a existência de condicionantes à concretização do projecto P'ró Activo, nomeadamente a disponibilidade da população e do espaço físico (Ginásio da UTAD), delineei como estratégias fomentar a participação da população diabética no projecto e o equacionamento de parceiros, consubstanciadas num conjunto de intervenções que passo a enumerar:

- Apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde, mais especificamente no que concerne à prática do exercício físico, e do projecto de intervenção educacional, de modo a promover o envolvimento dos profissionais de saúde nas diferentes actividades e na referência de utentes;
- Divulgação dos objectivos e das actividades que integram o projecto nos meios de comunicação social locais (rádios e jornais) e afixação de cartazes em pontos estratégicos;
- Contactos telefónicos prévios para estabelecer horário e data das sessões, de acordo com a conveniência de todos os participantes;
- Estabelecimento de parcerias com a comunidade local para a consecução do projecto.

Apresentada de forma sumária a concepção do projecto e as dificuldades previstas, a sua implementação teve por base intervenções dirigidas aos profissionais de saúde e às pessoas com diabetes tipo 2, que passarei a descrever nos seus elementos mais essenciais.

### ***Com os profissionais de saúde à descoberta da diabetes...***

Quanto à actividade dirigida aos profissionais de saúde, intitulada “*À descoberta da diabetes*” (*Anexo III*), teve como finalidade a apresentação do diagnóstico de saúde e do projecto de intervenção delineados para os Módulos I e II, de modo a sensibilizar e motivar a equipa para a referenciação dos utentes para o projecto P’ró Activo. A sua divulgação fez-se através de convites personalizados aos profissionais de saúde e da afixação de informação nos gabinetes do CS.

Esta actividade, agendada para dia 16 de Outubro de 2009, coincidia com a comemoração do Dia Mundial da Alimentação pelo que, por conveniência de serviço, foi alterada para o dia 22 de Outubro de 2009. Com o intuito de fomentar, também, nos profissionais de saúde comportamentos alimentares saudáveis, num acto simbólico, foi proporcionado, no final da sessão, lanche convívio com oferta de opções alimentares diversificadas e saudáveis para assinalar a data. Se por um lado foi um momento agradável de convívio, por outro, procurou promover entre portas uma alimentação saudável, muitas vezes limitada pelas ofertas disponíveis no bar do serviço.

Estiveram presentes 14 enfermeiros que avaliaram a sessão (*Anexo IV*) de forma bastante positiva e pertinente, correspondendo às suas expectativas. Constituiu, igualmente, um espaço de reflexão construtiva sobre os cuidados de enfermagem, discutindo-se a pertinência de boas práticas no que concerne ao desenvolvimento da consulta de enfermagem. Formularam-se algumas sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a mudança nas práticas, a saber: a vigilância do pé diabético; a apresentação do glucómetro e a aplicação do formulário elaborado para o diagnóstico de saúde como ferramenta à avaliação inicial e orientação das intervenções de enfermagem.

No que respeita às actividades que tinham como população alvo as pessoas com diabetes tipo 2, primam pela sua diversificação, no sentido de potenciar o envolvimento do grupo em processos que optimizem a adesão ao regime terapêutico, especificamente à prática do exercício físico, de entre as quais destacamos, a criação de um grupo operativo e Educação Para a Saúde (EPS).

### ***Criação de um Grupo Operativo***

Os Enfermeiros desenvolvem muitas vezes actividades em contexto grupal, como estratégia em diferentes áreas de actuação, nomeadamente na promoção e educação para a saúde. Oliveira *et al.* (2009) sublinha que o trabalho em grupo, em pessoas com doenças crónicas não transmissíveis, fomenta o autocuidado e comportamentos de procura de saúde, constituindo uma oportunidade para partilhar vivências e debater dificuldades entre indivíduos com problemas semelhantes, aumentando a compreensão da doença e o envolvimento para a mudança. O recurso a esta estratégia implica que o enfermeiro aprofunde os seus conhecimentos e desenvolva competências nesta área para uma actuação mais assertiva e eficiente, com reflexo nos processos de adesão a comportamentos de saúde.

A existência de um grupo é marcada pela interacção entre os seus membros e experiência de emoções comuns. De uma forma genérica, podem caracterizar-se os grupos quanto à finalidade em: *i) operativos*, baseados na tarefa e abrangentes pelas imensas aplicações práticas ao nível do ensino-aprendizagem, institucional e comunitário; *ii) terapêuticos*, destinados à aquisição de *insight* para a resolução de problemas, pelo que na prática de enfermagem os grupos operativos se apresentam como mais adequados pela relativa facilidade na sua operacionalização em grupos alvo da prestação de cuidados (Godoy e Munari, 2006).

Face ao exposto, optei pela criação e dinamização de um grupo operativo implicado nas questões relacionadas com a actividade física/exercício físico em pessoas portadoras de uma doença crónica específica. Os elementos para a constituição do grupo foram referenciados pela equipa de saúde e, posteriormente, contactados telefonicamente no sentido de avaliar a disponibilidade e o compromisso com o projecto.

Tinha previsto sessões semanais teórico-práticas com duração de duas horas que, por sugestão dos participantes, foram alteradas para segunda, terça e sexta-feira às quinze horas, durante duas semanas.

Calculava-se inicialmente constituir um grupo de 8 pessoas, mas a sua dimensão foi alterada em virtude do interesse manifestado por mais utentes em aderir ao projecto, alargando-se a 11 elementos, com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a

moda 66 anos (3 participantes), a média 61 anos, com um desvio padrão de  $\pm 6.55$  anos, cuja caracterização sumária se apresenta no quadro 1.

**Quadro 1:** Caracterização sumária do Grupo Operativo

		N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	5	45
	Feminino	6	55
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	0	0
	Casado	9	82
	Viúvo	1	9
	Divorciado/Separado	1	9
<b>Escolaridade</b>	Não Sabe Ler/Nem escrever	0	0
	Sabe ler e escrever	2	18
	Ensino Básico 1º ciclo	6	53
	Ensino Básico 2º ciclo	1	9
	Ensino Básico 3º ciclo	1	9
	Ensino Secundário	0	0
	Ensino Médio	0	0
	Ensino Superior	1	9

Relativamente ao sexo, 5 (45%) participantes são homens e 6 (55%) são mulheres, sendo a maioria (9 - 82%) casada, 1 (9%) viúvo e 1 (9%) divorciado. Quanto à escolaridade, 2 (18%) sabem ler e escrever, 6 (53%) afirmam ter concluído o 1º ciclo do ensino básico, e o 2º e 3º ciclos e ensino superior foram referidos por 1 (9%) pessoa, respectivamente. A profissão predominante é a de doméstica, ocupando 5 (46%) mulheres, existindo 2 (18%) empresários, 2 (18%) empregados da construção civil, 1 (9%) carpinteiro e 1 (9%) professor do Ensino Secundário.

A caracterização do grupo operativo revelou-se de primordial importância, para uma adequada planificação das sessões de EPS, sobretudo no que diz respeito aos temas a abordar, linguagem, metodologia a utilizar e valorização de vivências e experiências a mobilizar para a apropriação de competências, que conduzam as mudanças em comportamentos de saúde.

### ***Sessões de Educação para a Saúde: o Grupo em Acção***

O êxito da EPS implica um correcto planeamento, para que esta não se confina apenas à transmissão de conhecimentos, mas que concretize o seu objectivo primordial, ou seja,

enquanto estratégia facilitadora da aquisição de comportamentos saudáveis (Carvalho e Carvalho, 2006). Da revisão da literatura e também da minha prática profissional, tenho vindo a confirmar, substantivamente, que as estratégias de EPS não podem ser restritas a métodos informativos, mas sobretudo devem enquadrar no seu desenvolvimento um conjunto multifacetado de variáveis que contribuem para o seu sucesso.

Diferentes modelos de EPS foram comparados por Turabian e Franco (2001), nomeadamente os Modelos Informativo, Persuasivo-Motivacional e Político-Económico-Ecológico, dos quais serão enumeradas as principais características: *i*) o Modelo Informativo pretende transmitir conhecimentos, de forma prescritiva, com enfoque paternalista, desprovido do contexto individual; *ii*) o Modelo Persuasivo-Motivacional assenta não só nos conhecimentos, mas também nas crenças, valores e atitudes, motivações intrínsecas e extrínsecas, treino de competências, não privilegiando o meio e cultura dos indivíduos; *iii*) o Modelo Político-Económico-Ecológico fomenta a participação, troca de experiências, aprendizagem no contexto, com ênfase no formando, tornando-o autónomo e responsável, atendendo aos múltiplos determinantes de saúde.

A EPS deve contemplar um conjunto de intervenções que engloba conhecer as motivações e aptidão para a aprendizagem, identificando o que a pessoa pretende saber e aprender, quais as suas necessidades, envolvendo-a no processo e ajudando-a no estabelecimento de prioridades (Pacheco e Cunha, 2006).

Neste sentido, os enfermeiros necessitam de diferentes competências para intervir a este nível, que procurei aprimorar e desenvolver para a concretização das diferentes sessões de EPS. De entre as competências específicas definidas por Lash (1990), que tomei por orientação, destacam-se: escuta activa e identificação das crenças de saúde; criação de relação de ajuda, interesse e entusiasmo pelo bem-estar dos utentes; participação com os utentes no processo de tomada de decisão, ajudando e clarificando as escolhas em saúde; a capacidade de comunicação e aconselhamento; promoção da adaptação e resposta das pessoas aos desafios e obstáculos.

Também Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) definem um conjunto de pressupostos pedagógicos, que devem orientar o Educador de Saúde, tais como, a importância de cuidar a arte da relação, cultivar o desejo de aprender e compreender que a mudança só

ocorre com significado e vontade. Por isso, está subjacente à EPS o domínio dos pressupostos pedagógicos e estratégias educativas, o desenvolvimento pessoal e profissional, o sentido de visão estratégica do grande valor vivencial do grupo e a disponibilidade para a aprendizagem e mudança.

Com base no exposto, e num processo que se quer reflexivo na e sobre a acção, identifiquei áreas de competências fundamentais para o exercício na área de EEC: *i)* demonstrar consciência crítica e pró-actividade para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente, família e comunidade; *ii)* abordar questões complexas de modo sistemático, criativo e fundamentado na evidência científica; *iii)* produzir um discurso pessoal que, alicerçado em diferentes perspectivas, se apresente como um contributo sólido para a análise dos problemas de saúde que pela sua natureza são multifactoriais.

Como já referi, a EPS decorreu em contexto grupal. Procurei fundamentar esta opção em função da pesquisa bibliográfica de modo a conhecer outras experiências e resultados neste domínio. Num estudo realizado por Rêgo, Nakatani e Bachion (2006), com dezanove diabéticos, verificou-se que o trabalho em grupo é uma estratégia possível e adequada para desenvolver propostas educativas no sentido de possibilitar à pessoa com Diabetes *Mellitus* a adesão a novos hábitos de vida e o desenvolvimento e aquisição de atitudes de autocuidado e co-responsabilidade com a comunidade.

### ***Sessão 1: “Vamos começar!”***

A sessão 1 (*Anexo V*), foi realizada conjuntamente com outro colega do Curso de Pós-Licenciatura de EEC no sentido de fornecer aos participantes orientações genéricas sobre os projectos P'ró Activo e Pés + Cuidados, incentivando a adesão às actividades e promovendo a coesão grupal. Foram abordados aspectos relacionados com a diabetes, complicações, regime medicamentoso e a importância da manutenção de um peso saudável. No âmbito desta sessão, foram avaliados alguns parâmetros de saúde, nomeadamente Tensão Arterial (TA), Peso, Altura, IMC, Glicemia Capilar e Perímetro Abdominal (PA), no sentido da tomada de consciência e responsabilidade ao nível dos objectivos terapêuticos individuais e da importância da vigilância periódica. Os participantes quiseram partilhar em grupo os valores dos parâmetros avaliados,

aproveitando este momento para reforçar as aprendizagens comportamentais de sucesso, salientando as metas terapêuticas e os processos volitivos de Adesão ao Regime Terapêutico.

Assim, os dados colhidos foram sistematizados no sentido de facilitar a sua análise.

**Quadro 2.** Valores médios de TA e glicémia capilar ocasional dos participantes

		Média	Desvio Padrão
<b>Tensão Arterial</b> (mmHg)	Sistólica	144	±8.8
	Diastólica	82	±9
<b>Glicemia Capilar</b> (mgdl)	Ocasional	144.6	±24.45

A TA Sistólica média é de 144mmHg, com um desvio padrão de  $\pm 8.8$  mmHg, e a TA Diastólica média é de 82 mmHg, com um desvio padrão de  $\pm 9$  mmHg, pelo que se encontram acima do valor das metas terapêuticas orientadoras para este grupo (TA <130 /80 mmHg).

A avaliação da glicemia ocasional revelou um valor médio de 144.6 mg/dl, com um desvio padrão de  $\pm 24.45$ .

**Quadro 3.** Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC

		Nº	%
<b>IMC</b> (Kg/m <sup>2</sup> )	Baixo peso (<18,5)	0	0
	Variação Normal (18,5-24,9)	1	9,1
	Pré-obesidade (25-29,9)	5	45,5
	Obesidade Classe I (30,0-34,9)	3	27,2
	Obesidade Classe II (35-39,9)	1	9,1
	Obesidade Classe III ( $\geq 40,0$ )	1	9,1

Após determinação do IMC dos participantes, da análise dos dados ressalta que existem 5 (45,5%) com Pré-obesidade, associado a um risco de comorbilidade aumentado, 3 (27,2%) apresentam Obesidade Classe I, com um risco de comorbilidade moderado, 1

(9,1%) Obesidade Classe II, relacionada com um risco de comorbilidade grave e 1 (9,1%) inclui-se na Obesidade Classe III, com um risco de comorbilidade muito grave.

Globalmente, a média no grupo de IMC é de 30,93Kg/m<sup>2</sup> (Obesidade Classe I), com um desvio padrão de ±4.77.

O PA médio nas mulheres foi de 102,66 cm, com um desvio padrão de ± 17,14 cm, evidenciando um risco muito aumentado de complicações metabólicas. Nos homens, o PA médio é de 99,7 cm, com um desvio padrão de ±13,05 cm, predominando um risco aumentado de complicações metabólicas.

No final da sessão, ofereceu-se um lanche saudável e pediu-se aos participantes que nas próximas sessões se fizessem acompanhar do glucómetro no sentido de promover a capacitação para a autovigilância da glicemia capilar. Três dos participantes referiram que não dispunham do equipamento, pelo que se reservou um espaço individual para o ensino, instrução e treino. De registar o entusiasmo dos participantes, a vontade de saber mais, a disponibilidade para a mudança e a referência às dinâmicas de grupo enquanto facilitadoras da expressão dos problemas quotidianos.

### ***Sessão 2: “Ser + Activo”***

Pessoas a conviver com diabetes necessitam de orientação para aprender a gerir a sua condição de saúde e de serem responsabilizadas pelos cuidados diários da vigilância e controlo da diabetes, com vista à promoção da sua qualidade de vida e redução de incidentes críticos. A gestão do regime terapêutico engloba a componente da actividade física, que evidenciou no diagnóstico de saúde efectuado fraca adesão, pelo que a Sessão 2 (*Anexo VI*) teve como tema: ”Ser + Activo”. Utilizando metodologias participativas, pretendia-se a familiarização com os diferentes modelos de glucómetros e o seu manuseamento, iniciando-se a sessão pela autovigilância da glicémia capilar, seguida pelo esclarecimento de dúvidas, no que respeita à codificação, puncionadores, validade das tiras para determinação da glicemia e periodicidade da autovigilância. As dinâmicas de grupo já imprimidas facilitaram a partilha de ideias e dificuldades sobre os procedimentos que usualmente adoptam nas suas práticas de autovigilância. Da avaliação global ressalta a necessidade de reposição correcta da informação, do treino

na execução da autovigilância da glicémia capilar e a manifestação do interesse de um participante por um glucómetro mais adaptado à utilização das tecnologias de informação.

Seguidamente, apresentou-se uma breve exposição, com recurso a imagens e texto simples, atendendo às características da população alvo, como forma de promover a troca de experiências, com recurso a perguntas direccionadas para os conteúdos abordados e tempestade de ideias. Debateram-se estratégias para fomentar a actividade física (utilização das escadas, participação na educação dos netos e abandono das práticas sedentárias) e demonstrou-se a utilização de utensílios domésticos (1Kg de arroz, guarda-chuva, toalha, cadeira) para a actividade física e um pedómetro. Predominou na exemplificação destas actividades um registo de curiosidade em todos os participantes e, da apreciação global, consideraram estas estratégias muito inovadoras. Reflectiram sobre as barreiras à prática da actividade física, sugerindo formas de as ultrapassar adaptadas às suas realidades.

No que concerne às precauções de segurança, e face ao seu desconhecimento, foram apresentadas e devidamente fundamentadas através de material didáctico para consulta em casa. A sessão terminou com a solicitação por parte dos participantes, durante o lanche que foi oferecido, de uma actividade educativa relacionada com a alimentação, sobretudo pelas dificuldades sentidas nas equivalências e porções de hidratos de carbono. No sentido de um maior envolvimento no desenvolvimento do projecto, indiquei que a próxima sessão exigia roupa confortável para a prática de exercício físico.

### ***Sessão 3: “Da teoria à prática”***

A concepção desta sessão “*Da teoria à prática*” (*Anexo VII*), procurou reflectir o seu espírito. O espaço escolhido espelha a tentativa de proporcionar uma sessão diferente, exterior ao espaço formal do CS, pelo que ocorreu num ginásio inserido na comunidade. Proporcionou-se aos participantes a visita a um ginásio e apresentou-se outros recursos da comunidade, enquanto contextos facilitadores da prática de exercício físico, evidenciando-se nas tarefas como o vestir o fato de treino e calçar as sapatilhas uma predisposição para a mudança. Esta sessão contou com a colaboração de um Professor

Doutor do Departamento de Educação Física e Desporto da UTAD que, tendo conhecimento atempadamente do projecto e dos seus objectivos, dinamizou exercícios individuais e de grupo, promovendo, deste modo, momentos aprazíveis de exercício físico.

Numa descrição sumária, esta sessão tinha como objectivo a apresentação dos recursos comunitários disponíveis para a prática do exercício físico. O grupo encontrou-se no CS, procedendo-se à autovigilância da glicemia capilar e vigilância dos corpos cetónicos, e iniciou uma caminhada durante dez minutos até ao ginásio da UTAD, dando lugar a um conjunto de actividades, designadamente: *i)* apresentação das instalações, em que é de relevar que alguns participantes nunca tinham visitado um ginásio; *ii)* projecção de um filme sobre vantagens e execução de exercícios físicos; *iii)* avaliação da capacidade individual para o exercício físico; *iv)* adequação do plano, padrão e demonstração de alguns exercícios, atendendo às capacidades e especificidades de cada participante. A sessão culminou com a recapitulação das precauções de segurança para e durante a prática do exercício físico. Globalmente, manifestaram vontade de repetir estas actividades, elogiaram as metodologias utilizadas e tomaram consciência da sua auto-responsabilização no controlo terapêutico da doença e, conseqüentemente, na melhoria da condição física e da qualidade de vida.

#### ***Sessão 4: “Pensar os alimentos”***

Decorrente da solicitação expressa pelos participantes, a sessão “*Pensar os alimentos*” (*Anexo VIII*), versa a temática do regime alimentar, com enfoque numa abordagem interactiva e dinâmica.

Privilegiou-se a autonomia das pessoas para a escolha dos alimentos, apresentando-se a cada participante a Nova Roda dos Alimentos, enquanto esquema visual que permite a apropriação das porções, grupos e frequências de alimentos. A actividade foi dinamizada através de perguntas e do diálogo entre os participantes que, deste modo, facilitou a compreensão da importância relativa das diferentes famílias de alimentos e modos de confecção nas opções alimentares do dia-a-dia. Foram igualmente explorados, com base nos relatos das experiências individuais, aspectos do quotidiano como: *i)* o número de refeições recomendadas; *ii)* os produtos específicos para diabéticos; *iii)* o

consumo de bebidas alcoólicas; *iv*) e as estratégias impulsionadoras das mudanças comportamentais.

No que toca às porções e equivalências de hidratos de carbono, e pelo desconhecimento da noção de quantidade, recriámos um cenário que procurou a aprendizagem simulada da preparação de uma refeição (pequeno almoço e almoço), disponibilizando-se os alimentos já confeccionados.

No final, a avaliação do projecto “Projecto P’ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2” teve por base o preenchimento de um questionário de avaliação relativo às diferentes sessões. Todos os participantes (100%) referiram que as sessões corresponderam às suas expectativas; que os objectivos e conteúdos da formação, foram totalmente (8 participantes) e bastante atingidos (3 participantes); que os conhecimentos proporcionados foram totalmente úteis (9 participantes) e bastante úteis (2 participantes); e que os temas foram apresentados de forma totalmente estruturada (8 respostas) e bastante estruturada (3 respostas). No que concerne às metodologias e meios utilizados, facilitaram totalmente a compreensão dos temas (9 participantes) e facilitaram bastante (2 participantes), bem como os meios audiovisuais foram bastante adequados (3 participantes) e totalmente adequados (8 participantes).

### ***Validade e Indicadores***

Importa reflectir sobre o que foi feito, sobre a efectividade das actividades e a sua pertinência, num processo contínuo de aperfeiçoamento. Neste sentido, uma avaliação apropriada e controlo dos projectos permite comparar o estado inicial e final da população alvo (Tavares, 1990).

Portanto, a observação do interesse dos participantes e do seu *feedback* no final das sessões, como fui descrevendo, foi útil para a avaliação bem como a aplicação de dois tipos de indicadores: os de actividade ou execução e de resultado ou de impacto.

Indicador de Actividade: adesão ao programa educacional.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas com diabetes tipo 2 que participa em todas as actividades do programa educacional}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas com diabetes tipo 2 referenciados para o projecto}} \times 10^{\text{n}}$$

Dos 11 participantes, 9 envolveram-se em todas as actividades, pelo que este indicador se situa nos 81,8%, ultrapassando a meta estabelecida de 40% (quadro 4).

**Quadro 4.** Indicador de actividade

Indicador	Resultado	Meta
Adesão ao programa educacional	81,8%	40%

Os indicadores de resultado definidos estão relacionados com os conhecimentos sobre exercício físico e diabetes, designadamente:

- ✓ Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre a importância do exercício físico, calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas com diabetes que demonstra conhecimentos sobre a importância do exercício físico}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com diabetes tipo 2 que participa no projecto educacional}} \times 10^{\text{n}}$$

Relativamente a este indicador, a percentagem obtida situa-se nos 100%, tendo superado a meta proposta (50%).

- ✓ Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que identifica as actividades físicas mais recomendadas à sua situação de saúde, calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas com diabetes tipo 2 que identifica actividades físicas mais recomendadas à situação de saúde}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com diabetes tipo 2 que participa no projecto educacional}} \times 10^{\text{n}}$$

Todas as pessoas com diabetes tipo 2 identificaram as actividades físicas mais recomendadas à sua situação de saúde, sendo este indicador de 100%, pelo que a meta foi atingida.

- ✓ Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre os recursos comunitários disponíveis para a prática do exercício físico calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre recursos comunitários disponíveis para prática do exercício físico}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com diabetes tipo 2 que participa no projecto educacional}} \times 10^{\text{n}}$$

Todas as pessoas com diabetes tipo 2 identificaram os recursos comunitários disponíveis para a prática do exercício físico, sendo este indicador de 100%, pelo que a meta foi atingida.

- ✓ Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre as complicações da diabetes e os riscos inerentes ao exercício físico, calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{Nº pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre complicações diabetes e riscos inerentes ao exercício físico} \times 10^n}{\text{Nº de pessoas com diabetes tipo 2 que participa no projecto educacional}}$$

Todas as pessoas com diabetes tipo 2 que integraram o Projecto referiram conhecer as complicações da diabetes e os riscos inerentes ao exercício físico, sendo este indicador de 100%, pelo que a meta foi atingida.

Os indicadores de resultado encontram-se sistematizados no quadro 5.

**Quadro 5.** Síntese dos indicadores de resultado

<b>Indicador</b>	<b>Resultado</b>	<b>Meta</b>
Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre a importância do exercício físico na diabetes.	100%	50%
Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que identifica as actividades físicas mais recomendadas à sua situação de saúde.	100%	50%
Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre os recursos comunitários disponíveis para a prática do exercício físico.	100%	100%
Percentagem de pessoas com diabetes tipo 2 que demonstra conhecimentos sobre as complicações da diabetes e os riscos inerentes ao exercício físico.	100%	90%

### **2.1.2. I Feira da Diabetes**

No dia 14 de Novembro assinala-se o Dia Mundial da Diabetes, em homenagem ao nascimento do cientista Frederick Banting que, conjuntamente com Best, foi o precursor da ideia que conduziu à descoberta da insulina.

Para que a problemática desta doença crónica ganhe destaque, no sentido de sensibilizar a população, a IDF incentiva a realização de actividades pelo mundo inteiro, sendo a temática para o ano de 2009 “Diabetes: Prevenção e Educação”. Por esta razão, foi realizada a I Feira da Diabetes, para assinalar localmente a data, registada no site [www.worlddiabetesday.com](http://www.worlddiabetesday.com), e solicitada autorização ao IDF para utilização do logotipo e materiais publicitários da campanha (*Anexo IX*).

Assim, no Largo da Capela Nova em Vila Real, ponto emblemático da cidade, teve lugar a I Feira da Diabetes, com o objectivo de divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e factores de risco, promovendo a adopção de estilos de vida saudáveis. Para as pessoas com diabetes foram realizadas actividades específicas, nomeadamente avaliação do risco do pé diabético na Unidade Móvel de Saúde, disponibilizada pela Câmara Municipal de Vila Real. A sua organização, em conjunto com um colega do Curso de Pós-Licenciatura de EEC, fomentou e articulou a participação de diferentes parceiros comunitários, (Câmara Municipal de Vila Real, Associação Comercial de Vila Real, Regimento de Infantaria 13, Indústrias Farmacêuticas, Lactogal, Laboratórios Pioledo, Empresa Intergerações, entre outros), numa perspectiva de comprometimento com a comunidade local.

A disseminação pública desta actividade fez-se através da distribuição de panfletos (*Anexo X*) em diferentes locais estratégicos da cidade (lojas do centro histórico, laboratórios de análises clínicas, farmácias, CS, cafés, entre outros), celebrações eucarísticas, jornais locais e rádios.

No centro histórico da cidade foi montada uma tenda de campanha, com áreas reservadas à exposição de material específico para pessoas com diabetes (glucómetros, folhetos, calçada adaptado, material podológico), à avaliação do risco de desenvolver diabetes nos próximos 10 anos, à avaliação de TA, peso, altura, IMC, PA e à disponibilização de alimentos saudáveis. Foram oferecidos brindes (*t-shirts* e limas de cartão) a todas as pessoas que ocorreram à Feira, sensibilizando-as para a problemática da diabetes. Para comemorar este dia, a cidade vestiu-se de azul e branco e lançaram-se balões. A operacionalização desta acção envolveu dez enfermeiros, sem os quais não teria sido possível a sua concretização com qualidade, dada a grande adesão por parte da população.

A comunicação e transmissão do risco individual e a necessidade do recurso a medidas preventivas no domínio do desenvolvimento de doenças graves, como a diabetes, constituem um desafio para os profissionais de saúde. A avaliação dos riscos relacionados com os estilos de vida é uma estratégia a que a Saúde Pública recorre para aconselhamento sobre a prevenção de doenças potencialmente ameaçadoras para a saúde dos indivíduos (Mendes, 2002). Na Finlândia, foi desenvolvido um instrumento de avaliação do risco de diabetes tipo 2 dentro de 10 anos, designado por *Score* de risco FINDRISK (*Finish Diabetes Risk Score*), (*Anexo XI*) com o qual tive oportunidade de contactar durante o meu percurso académico no programa *Erasmus* naquele país. Este instrumento tem como base estudos epidemiológicos e o conhecimento dos factores de risco habitualmente presentes tais como: idade, obesidade (avaliada pelo IMC), medida da cintura, prática de exercício físico, hábitos de consumo de legumes e fruta, hipertensão arterial, hiperglicemia, e presença de diabetes na família. Se bem que este instrumento tivesse sido validado para aquele país, o PNPCD recomenda a sua utilização em Portugal. Da aplicação do *Score* de Risco FINDRISK importa destacar que:

- aderiram a esta actividade 127 utentes (62 do sexo feminino e 65 do sexo masculino), com a mesma adesão por parte dos homens e mulheres, predominando a faixa etária das pessoas com mais de 64 anos (43 pessoas);
- a maioria da população rastreada (99 pessoas) apresenta excesso de peso ou obesidade, dado considerado preocupante na medida em que a literatura sugere uma estreita relação entre a obesidade e a diabetes;
- da avaliação das mulheres apenas 6 apresentam uma medida da cintura recomendada (abaixo dos 80 cm), predispondo para o risco de complicações metabólicas;
- a maioria das pessoas é activa (81 pessoas praticam diariamente 30 minutos de actividade física);
- grande parte (102 pessoas) come fruta e/ou vegetais diariamente;
- 21 pessoas referem já ter tido açúcar elevado no sangue;

- quanto à determinação do risco de desenvolver diabetes tipo 2 nos próximos dez anos, 24 pessoas apresentaram risco baixo, 45 risco sensivelmente elevado, 26 risco moderado, 25 risco alto e 4 risco muito alto.

Relativamente à avaliação do risco do pé diabético, frequentaram a Unidade Móvel de Saúde 37 participantes, tendo a maior parte a presença de pelo menos um factor de risco (29 pessoas).

Compareceram na I Feira da Diabetes, para avaliar parâmetros de saúde e aconselhamento de enfermagem, 159 diabéticos. Aproximadamente 20 pessoas visitaram a Feira apenas para consulta da banca da alimentação e obtenção de informação.

A sua concretização permitiu desenvolver competências no âmbito da intervenção e comunicação para grandes grupos, através das entrevistas aos meios de comunicação social, contactos com diferentes entidades, ao nível do planeamento, execução e avaliação de eventos desta dimensão. Envolveu um trabalho árduo e constante, mas foi um sucesso amplamente reconhecido sobretudo pela população, sendo o balanço bastante positivo.

Definimos como indicador de resultado conseguir a determinação do risco de vir a ter diabetes nos próximos 10 anos, em 70% das pessoas que visitaram a Feira, tendo sido amplamente alcançado (86,4%).

## **2.2. Saúde Escolar**

A escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, uma oportunidade para promover a saúde nas crianças e jovens. Para além das competências desenvolvidas referidas anteriormente, procurei investir na área da Saúde Escolar (SE). Considero que é um *setting* privilegiado de actuação da Enfermagem Comunitária, uma vez que a SE é o referencial do sistema de saúde para o processo de educação e promoção da saúde na escola.

As estratégias do Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2007b) inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois pilares: a vigilância da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. No desenvolvimento destas actividades, as equipas de SE assumem um papel activo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo da população portuguesa. Este Plano engloba quatro dimensões globalizantes e estruturantes na intervenção à comunidade escolar, nomeadamente: a Saúde Individual e Colectiva, Inclusão Escolar, Ambiente Escolar e Estilos de Vida.

No âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, estão definidas áreas de intervenção prioritária nos domínios da saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, actividade física, ambiente e saúde, segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo.

Nesta sequência, o CSVRI abrange um Agrupamento Vertical de Escolas (AVE), o Agrupamento de Escolas Diogo Cão e duas Escolas 3º ciclo e Secundárias (Escola 3/Secundária Camilo Castelo Branco e Escola 3/Secundária de S. Pedro). Apresenta-se no quadro 6 a distribuição do parque escolar.

**Quadro 6.** Área de abrangência do CSVRI na Saúde Escolar

<b>Nível Ensino</b>	<b>Escolas</b>	<b>Turmas</b>	<b>Alunos</b>	<b>Professores</b>	<b>Assistentes Técnicos</b>	<b>Assistentes Operacionais</b>
II	23	28	498	35	-	14
Ensino Básico	26	70	1297	77	-	51
Ensino 2,3 Ciclos	1	32	721	155	23 (AVE)	71
Ensino 3 e Secundário	2	98	2347	290	19	75
Total	52	228	4863	557	42	211

Tendo em conta a amplitude dos objectivos, as áreas de intervenção e a complexidade das abordagens que este Programa preconiza, é imprescindível recorrer, mobilizar e

potenciar diferentes recursos da comunidade e estabelecer parcerias: Escolas, Autarquia, Rede Social, Segurança Social, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens, Associações de Pais.

No CSVRI, a SE fica a cargo de um enfermeiro específico, pelo que não estava familiarizada com a operacionalização deste programa de saúde. Foi possível colaborar em algumas actividades, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis na área da alimentação e actividade física, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo, que irei descrever globalmente.

O Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) é um programa integrado de promoção da saúde, versando, para além da oferta alimentar, as escolhas alimentares bem como a reflexão e a consciencialização dessa mesmas escolhas, visando o sentido de mudança dos conhecimentos e comportamentos dos elementos intervencionados, nas cinco dimensões das escolas promotoras da saúde: organizacional, curricular, psicossocial, ecológica e comunitária. Este programa, para além de ser um modelo pré-formatado, é simultaneamente um modelo flexível que permite a adaptação às necessidades e particularidades de cada meio. O que se pretende é que os alunos façam escolhas saudáveis, a escola ofereça uma alimentação promotora de saúde, que o curriculum seja adequado à promoção de uma alimentação saudável e sobretudo que o curriculum oculto seja coerente com o explícito. O programa é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar (Enfermeiro, Nutricionista e Psicólogo).

Foi enriquecedor participar na preparação de algumas sessões e sua aplicação prática, na vertente Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar para o Terceiro Ano do primeiro ciclo do Ensino Básico (PAS<sup>3</sup>). Espero continuar ligada a este programa após o término do estágio, pelas suas características inovadoras no modo como aborda as questões da alimentação saudável e nos desafios que lança às estratégias de dinamização de grupos.

Relativamente à Saúde Sexual e Reprodutiva, o CSVRI desenvolve um Programa Local, uma estratégia concertada e orientada para turmas do 12º ano, na Escola 3/ Secundária de São Pedro. Em Portugal, a implementação da educação sexual em meio escolar tem sofrido progressos e retrocessos. A operacionalização da Lei 60/2009 de 6 de Agosto, que estabelece o Regime de aplicação da Educação Sexual em Saúde Escolar,

despoletou no seio da comunidade educativa inquietações e necessidades de saúde, ao nível do aconselhamento na área da sexualidade nas escolas, tendo em conta que sexualidade é uma das componentes fundamentais da vida e das relações interpessoais. Foi constituído um Grupo de Trabalho para a Educação Sexual/Educação para a Saúde em Meio Escolar, que recomendou a abordagem da educação sexual no âmbito de um programa de promoção da saúde, com o objectivo fundamental de promover escolhas informadas e o desenvolvimento de competências nos jovens. Este Grupo de Trabalho (2007) definiu um conjunto de conteúdos mínimos que devem ser contemplados por ciclos de estudos e adaptados a cada contexto e realidade. Para o ensino secundário, aconselha a mobilização de conhecimentos anteriores e o enfoque nas tendências na idade de início das relações sexuais, contracepção, evolução e consequência nas taxas de gravidez e aborto, infecções de transmissão sexual e período menstrual. De igual modo, Ramiro, Reis e Matos (2008) defendem que a educação sexual em meio escolar, para ser eficaz, tem que ser adaptada, atendendo à faixa etária, género e diferenças culturais, definindo competências a desenvolver, a saber:

- *“Promoção de atitude positiva face à sexualidade*
- *Promoção de saúde sexual e reprodutiva*
- *Comunicação com os outros*
- *Identificação de dificuldades em lidar com sentimentos e emoções*
- *Gestão do stress, da ansiedade e das ‘crises’*
- *Construção do futuro”* (p. 224).

Tive oportunidade de participar em algumas sessões de reflexão sobre a temática com os alunos, dirigidas por um enfermeiro, o que me possibilitou ampliar o meu *background* neste domínio, ao nível dos conhecimentos, competências comunicacionais e relacionais, gestão de grupos, entre outras.

No que concerne à educação para o consumo, fui convidada para ser prelectora nas “Primeiras Jornadas Municipais de Psicologia”, promovidas pela Câmara Municipal de Vila Real e Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, no sentido de abordar as questões relacionadas com a adolescência e o consumo de substâncias psicoactivas. Relativamente a estas substâncias, a intervenção preventiva em meio escolar reveste-se da maior importância, privilegiando-se um trabalho em rede

(Marques, 2007). Foi uma oportunidade de crescimento pessoal, reconhecimento do trabalho e partilha de experiências. A minha prelecção mereceu diversas intervenções do público, que manifestou interesse pela abordagem à temática, o que gerou um convite para realizar algumas sessões de EPS na Escola 3/Secundária Camilo Castelo Branco. Este curto, mas enriquecedor, trajecto pela SE abriu portas a novas oportunidades e campos de intervenção até então ocultos na minha realidade profissional.

### **2.3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados/Equipa Coordenadora Local**

Face às novas realidades sociais e epidemiológicas, marcadas pelo envelhecimento da população, pelas doenças crónicas e incapacitantes, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) procura ser uma resposta de cuidados de saúde e/ou apoio social a pessoas em situação de dependência, promovendo a sua autonomia, com vista à qualidade de vida e alívio de sofrimento, orientando o seu modelo conceptual para a continuidade dos cuidados (DL n.º 101/2006, de 6 de Junho). Integra diferentes tipologias no domínio da prestação de cuidados, tais como: Unidades de Internamento (Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidades de Cuidados Paliativos), Unidades de Ambulatório (Unidade de Dia e Promoção da Autonomia), Equipas Hospitalares (Equipas de Gestão de Altas e Equipas intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos) e Equipas Domiciliárias (ECCI e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos).

A RNCCI organiza-se em dois níveis territoriais, através da Equipa Coordenadora Regional e Equipa Coordenadora Local (ECL). O CSVRI acolhe a ECL Marão e Douro Norte, equipa multidisciplinar, composta por uma Enfermeira, que coordena a equipa, duas médicas, uma Técnica de Serviço Social e uma Assistente Técnica.

Compete a esta equipa avaliar os critérios para o ingresso na RNCCI, mediante as referências das Equipas de Gestão de Altas do Hospital ou Equipas do CS, mediando

todo este processo, otimizando e adequando a tipologia a cada situação e validando os critérios de referenciação, bem como acompanhar as diferentes Unidades.

Da minha presença na ECL releva a possibilidade de compreender as funções desta equipa e contactar de modo mais próximo com a realidade da RNCCI, circuito do utente, conhecendo as valências e critérios de admissão rigorosos de inclusão e exclusão. Esta Rede apresenta um aplicativo informático de monitorização do processo específico, que pude explorar e perceber a periodicidade preconizada para os registos. Esta experiência constituiu uma oportunidade para observar a liderança de equipas, uma vez que a coordenadora é enfermeira.

#### **2.4. Gripe A: intervir em cenário de ameaça**

Face ao aparecimento de uma nova estirpe da gripe - Gripe A (H1N1) - resultante de uma recombinação entre segmentos de genes de origem suína, aviária e humana, surgiu a necessidade de repensar algumas rotinas e delinear planos de contingência a diferentes níveis. Esta doença atingiu grande magnitude e mediatização, tendo sido declarada pela OMS, em 25 de Abril de 2009, uma emergência de Saúde Pública Internacional, recomendando a implementação de medidas de vigilância e protecção individual em todos os países do mundo. Esta gripe foi decretada, em 11 Junho de 2009, pela OMS, como uma pandemia (Nível 6), dado que existiam manifestações desta doença em mais de 75 países e em vários continentes.

As ameaças em saúde pública requerem o envolvimento de toda a comunidade e uma vigilância epidemiológica atenta, dada a gama de factores que contribuem para esta problemática.

Esta gripe caracteriza-se por sintomas semelhantes aos da gripe sazonal, nomeadamente: febre de início súbito (superior a 38°C), tosse, dores de garganta, dores musculares, dores de cabeça, arrepios de frio, cansaço, diarreia ou vómitos; embora não sendo típicos da gripe sazonal, têm sido verificados em alguns dos casos recentes de infecção pelo novo vírus da Gripe A (H1N1). Transmite-se de pessoa-a-pessoa, através de gotículas resultantes da tosse ou espirro e através do contacto dos olhos, nariz ou

boca com mãos que contactaram com objectos ou superfícies contaminadas (DGS, 2009b).

Perante este cenário, decidi colaborar na implementação de algumas medidas organizativas. Este trabalho foi desenvolvido conjuntamente com o enfermeiro que também se encontrava a realizar o Curso de Pós-Licenciatura de EEC no mesmo local de estágio.

Elaborámos e distribuímos informação relativa a medidas básicas para prevenção das infecções virais respiratórias, com afixação de posters (*Anexo XI*) nos balcões de atendimento do CSVRI, no sentido alertar os utentes para a necessidade de solicitarem máscaras em caso de infecção respiratória. A sensibilização da população pareceu importante para prevenir o contágio. Realizámos uma sessão de EPS destinada às assistentes operacionais e colaborámos na implementação do plano de contingência do CSVRI.

### **3. CONCLUSÃO**

Tendo em conta a explanação realizada relativamente às actividades desenvolvidas, procurarei agora circunscrever-me à análise crítica do estágio, reflectindo sobre as competências que foram gradualmente construídas e assimiladas num processo dialéctico entre conhecimento e acção, num campo de intervenção da enfermagem. O desenvolvimento de competências pressupõe o uso de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, entre outros) para responder com eficiência e eficácia a diversas situações (Varela, 2007), cada vez mais marcadas pela complexidade e imprevisibilidade.

Numa avaliação global e conclusiva, determinada pelos objectivos e competências formulados no Guia Orientador de Estágio, e que posso considerar como amplamente alcançados, não posso deixar de mencionar a matriz de desenvolvimento pessoal que inscrevi neste percurso, a saber:

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem na comunidade, visando a prestação de cuidados especializados ao indivíduo/família ou grupo;
- Compreender a relevância de alguns dos Programas Nacionais de Saúde para a fundamentação de objectivos estratégicos e a complexidade de que se reveste a sua operacionalização;
- Consolidar competências específicas numa etapa determinante do Planeamento em Saúde, no que concerne ao diagnóstico de saúde no âmbito da Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância nos utentes diabéticos do CSVRI;
- Conceber, implementar e avaliar um Projecto de Intervenção Comunitária ajustado às necessidades emergentes do diagnóstico de saúde;
- Aprofundar o domínio de técnicas de intervenção comunitária que reconhecem a proactividade dos sujeitos/comunidades na consecução de projectos de saúde.

Globalmente, em função das actividades descritas anteriormente e já sujeitas a uma apreciação crítica, podemos inferir que os objectivos foram alcançados na sua globalidade, tendo sido necessário mobilizar e articular recursos e competências de natureza variada, em tempo oportuno, de modo a conseguir um desempenho de excelência num percurso de desenvolvimento profissional especializado.

O facto de o estágio ter ocorrido no contexto do meu exercício profissional, com um conhecimento prévio e até substancial dos cuidados de saúde primários, facilitou a integração na equipa, incorporando uma outra lente, a da Enfermagem Comunitária, nos problemas e determinantes da saúde. Numa abordagem centrada na comunidade emergem outras preocupações, diferentes cenários e desafios na prestação de cuidados.

Assim sendo, desenvolvi competências nos domínios dos valores, ética profissional, responsabilidade social, comunicação, emissão e formulação de juízos clínicos, da interacção com situações novas, relacionais, ao nível da tomada de decisão, trabalho em equipa, planeamento em saúde, prática reflexiva, gestão e liderança de projectos e equipas, resolução de problemas, entre outras. Portanto, neste campo vasto de competências, o meu crescimento pessoal e profissional foi pluridimensional: “saber-saber”, “saber-fazer”, “saber-estar” e “saber-ser”, num desejo constante de saber transformar.

Tendo por base as actividades nucleares do desenvolvimento deste percurso, gostaria de tecer algumas considerações:

1. No que concerne à prevenção da diabetes, de salientar: os ganhos em saúde, traduzidos na melhoria dos cuidados de enfermagem e a dinamização de grupos operativos, enquanto facilitadores da aquisição de conhecimentos e habilidades na adesão/gestão do regime terapêutico em pessoas com Diabetes *Mellitus* tipo 2.
2. Quanto à promoção da saúde em contexto escolar, de relevar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na prossecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde Escolar, enquanto processo que visa a aquisição de conhecimentos e a mudança de comportamentos no contexto de Escolas Promotoras de Saúde.

3. No que respeita à RNCCI, ressalvo a liderança assumida pelos profissionais de enfermagem, assegurando respostas diversificadas, inter-sectoriais e de proximidade, no âmbito da saúde e sociais às comunidades.
4. Num cenário epidemiológico de Gripe A, sublinho a importância da vigilância epidemiológica e das medidas de prevenção e controlo da infecção, como forma de fazer face a uma ameaça em saúde pública.

Em síntese, sobressai o posicionamento estratégico do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e as suas competências para dar resposta aos diferentes desafios e contextos de saúde que as comunidades enfrentam.

Dos caminhos percorridos são evidentes os ganhos em saúde, traduzidos pelos indicadores definidos, decorrentes das actividades realizadas, pelo que fica a sensação de missão cumprida e a satisfação pessoal que registei nos discursos dos utentes e profissionais de saúde. Estou consciente de que a excelência do exercício profissional se constrói no dia-a-dia, de forma progressiva, num processo contínuo de formação e reflexão sobre e na prática.

É neste caminho, de constante inquietação intelectual, que numa atitude construtiva, pretendo esboçar de forma sucinta algumas propostas futuras, que venham a ser corporizadas no desempenho profissional dos enfermeiros, nomeadamente: o uso de estratégias para a capacitação das comunidades para gerirem os seus processos de saúde/doença, no sentido do Empoderamento Comunitário e uma maior expressão na liderança de projectos na área comunitária, que encontram nas Unidades de Cuidados na Comunidade uma oportunidade de afirmação.



#### **4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - *Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS®)*. Vila Real: DGS, 2009.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE - *Perfil local de saúde 2009: ACES Marão e Douro Norte*, 2009 [on-line]. Disponível em [http://portal.arsnorte.minsaude.pt/ ARSNorte/dsp/Perfil\\_RN\\_2009.htm](http://portal.arsnorte.minsaude.pt/ ARSNorte/dsp/Perfil_RN_2009.htm). (consultado em 20 de Abril de 2009).

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - *Clinical practice recommendations*. “Diabetes Care”. Vol. 31, Supl. 1 (Jan. 2008).

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL - *Viver com a diabetes*. Lisboa: Climepsi, 2009.

BARATA, T. - *Actividade física e saúde*. Fundação Portuguesa de Cardiologia [on-line]. Disponível em [http://cardiologia.brower.pt/primeirapagina.aspx?ID\\_conteúdo=51](http://cardiologia.brower.pt/primeirapagina.aspx?ID_conteúdo=51) (consultado em 14 de Abril de 2009).

BENNER, Patrícia - *De iniciado a perito*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005.

CALDEIRA, Jorge; DUARTE, Rui - *Alimentação e exercício físico*. In: DUARTE, Rui (Coord.) - *Diabetologia clínica*. Lisboa: Lidel, 2002, p. 89-102.

CARVALHO, Amâncio António de Sousa; CARVALHO, Graça Simões de - *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência, 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende - *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde*. “Cadernos de Saúde Pública”. Rio de Janeiro. Vol. 20, nº 4 (Julho-Agosto 2004), p. 1088-1095.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise - *Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista*. “Ciência & Saúde Coletiva”. Rio de Janeiro. Nº 13, Sup. 2 (Dezembro 2008), p. 2029-2040.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. *D.R. Série I-A*. 109 (2006-06-06) 3856-3865.

DECRETO-LEI n.º 28/2008. *D.R., I Série* (2008-02-22).

DOWNIE, R. S.; TANNAHILL, Carol; TANNAHILL, Andrew - *Health promotion. Models and values*. 2ª ed. Oxford: University Press, 2000.

GODOY, Maria Tereza Hagen de; MUNARI, Denize Bouttelet - *Análise da produção científica sobre a utilização de actividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003*. “Revista Latino-Americana de Enfermagem”. São Paulo. Vol. 14, nº 5 (Setembro-Outubro 2006), p. 786-802.

GRUPO DE TRABALHO PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL - *Educação para a saúde: relatório final, 2007* [on-line]. Disponível em Outubro de 2009, em [www.dgicd.min-edu.pt](http://www.dgicd.min-edu.pt) (consultado em 15 de Novembro 2009).

HOWORKA, K. [et al.] - *Empowering diabetes out patients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment or perceived control over diabetes*. “Journal of Psychosomatic Research”. Vol. 48, nº1 (Janeiro 2000), p. 37-44.

LABONTE, Ronald - *Empowerment: notes on professional and community dimensions*. “Canadian Review of Social Policy”. Nº 26 (1990), p. 64-75.

LASH, Sandra - *Convicções e comportamento na educação da saúde*. “Nursing”. Lisboa. Vol. 3, nº 27 (1990), p. 46-48.

LEI nº 60/2009. *D.R., I Série*, 151 (2009-08-06).

MARQUES, Paula - *Prevenção do consumo de substâncias psicoactivas*. In: PINTO, Augusto [et al.] (Eds.) - *Consumo de substâncias psicoactivas e prevenção em meio escolar*. Lisboa: DGIDC, 2007.

MATOS, Margarida Gaspar; SARDINHA, Luís; SALLIS, James - *Projecto PACE. Aconselhamento do diabético para a actividade física*. “Diabetes, Viver Em equilíbrio”. Lisboa. Nº 27 (2003), p. 19-20.

MENDES, Felismina Rosa Parreira - *Risco: um conceito do passado que colonizou o presente*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. Vol. 20, nº 2 (2002), p. 53-62.

MORRONDO, Pilar Najera (2000) - *Promoción de la salud*. In: Moreno, Antonio Sanchez; García, Elvira Ramos; Campos, Pedro Maset (Dir.) - *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill, 2000, pp. 141-153.

NASCIMENTO DO Ó, Dulce; LOUREIRO, Isabel - *Adesão ao regime terapêutico da diabetes*. “Revista Portuguesa de Diabetes”. Lisboa. Nº 2 (2007), p. 18-21.

NEUHAUSER, Duncan - *The coming third health care revolution: personal empowerment*. “Quality Management Health Care”. Vol. 12, nº 3 (Julho-Setembro 2003), p. 171-184.

OLIVEIRA, N. F. [et al.] - *Factores terapêuticos em grupos de diabético*. “Revista de Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo”. São Paulo. Vol. 4, nº 3 (2009).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Desenvolvimento profissional: desenvolvimento das especialidades em Enfermagem*. Lisboa: OE, 2007.

PACHECO, Sílvia; CUNHA, Susana - *A Educação para a saúde nos cuidados de saúde primários: o papel do enfermeiro*. “Nursing”. Lisboa. Vol. 16, nº 211 (2006), p. 19-22.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - *Estudo da prevalência da diabetes em Portugal*. Lisboa: DSG, 2009a.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Circular Normativa N.º: 23/DSCS/DPC*. Lisboa: DGS, 2007a.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - *Microsite da Gripe*, 2009b [on-line]. Disponível em <http://www.dgs.pt>. (consultado em 17 de Maio de 2009).

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - *Plano nacional de saúde 2004/2010* (2 vol.). Lisboa: DGS, 2004.

PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde - *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa: DGS, 2007b.

RAMIRO, Lúcia Ramiro; REIS, Marta; MATOS, Margarida Gaspar - *Educação sexual: propostas para as escolas*. In: MATOS, Margarida Gaspar (Coord.) - *Sexualidade segurança e SIDA: estado da arte e propostas em meio escolar*. Cruz Quebrada, 2008.

RÊGO, Maria Aparecida Barbosa; NAKATANI, Adélia Yaeko Kyosen; BACHION, Maria Márcia - *Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes*. “Revista Gaúcha Enfermagem”. N.º 27 (2006), p. 60-70.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; Barroso, Teresa - *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau, 2005.

SHUSTER, George F.; GOEPPINGER, Jean - *A comunidade como cliente: a utilização do processo de enfermagem na promoção da saúde*. In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999, pp. 311-314.

SOUSA, Maria Rui Miranda Grilo Correia - *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutico nos diabéticos tipo 2*. Braga: Universidade do Minho, 2003.

TAVARES, António - *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

TURABIÁN, José Luis; FRANCO, B. Pérez. - *Actividades comunitárias en medicina de familia y atención primaria*. Madrid: Diaz de Santos, 2001.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - *Guia de estágio*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde, 2009.

VARELA, Jesuína M. F. – *Desenvolvimento de competências para a promoção de saúde em contexto de trabalho: o caso do estágio complementar de um curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *7th Global Conference on Health Promotion. Track 1: Community empowerment*. Nairobi, 26-30 October 2009 [on-line]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html> (consultado em 8 de Março de 2010).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Health promotion and education* [on-line]. Disponível em <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1458/Section2057.htm> (consultado em 8 de Março de 2010).

ZIMMERMAN, Marc A. - *Psychological empowerment: issues and illustrations*. *American Journal of Community Psychology*, 1995.



# **A N E X O S**



# **ANEXO I**

Formulário do Diagnóstico de Saúde

---



# Formulário do Diagnóstico de Saúde

---

## Pedido de Consentimento Informado

**Caro(a) Senhor(a):**

No desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde - Porto, e no âmbito da unidade curricular Estágio, encontramos-nos a realizar um diagnóstico de saúde subordinado à temática Adesão/Gestão do Regime Terapêutica e Auto Vigilância na Diabetes.

Gostaríamos de poder contar com a sua colaboração. Caso se disponibilize a colaborar connosco, queremos informá-lo de que:

- Se em qualquer momento de preenchimento do formulário pretende desistir, pode fazê-lo;
- O formulário é confidencial pelo que será sempre salvaguardado a sua intimidade e privacidade;
- A colheita de dados será realizada durante a consulta de Enfermagem.
- Poderá ter acesso aos resultados deste diagnóstico de saúde.

Agradecemos a sua colaboração!

Declaro para os devidos efeitos que aceito participar neste diagnóstico de saúde.

---

(Assinatura)





Formulário nº

**Formulário**  
**Adesão/ Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes**

**Local de contacto:**

- Centro de Saúde (1)  
 Unidade Móvel (2)  
 Domicílio (3)

**I- Identificação**

**1-Nº Utente:** \_\_\_\_\_

**2-Sexo:**

- Masculino (1)  
 Feminino (2)

**3- Idade:**\_\_anos

**4-Estado Civil:**

- Casado (1)  
 União de facto (2)  
 Solteiro (3)  
 Viúvo (4)  
 Divorciado (5)  
 Outro \_\_\_\_\_

**5-Escolaridade:**

- Não sabe Ler nem escrever (1)  
 Sabe ler e escrever (2)  
 1º Ciclo do Ensino Básico (3)  
 2º Ciclo do Ensino Básico (4)  
 3º Ciclo do Ensino Básico (5)  
 Ensino Secundário (6)  
 Ensino Médio (7)  
 Ensino Superior (8)  
 Outra \_\_\_\_\_

**6-Profissão:** \_\_\_\_\_

**7-Tem prestador de cuidados?**

- Sim (1)  
 Não tem, mas precisa (2)  
 Não (3)

**7.1-Se sim:**

- Prestador de Cuidados Formal. (1) Quem? \_\_\_\_\_
- Prestador de Cuidados Informal. (2)
- Coabitação: Sim \_\_ (1); Não \_\_ (2)
  - Sexo: Masculino \_\_ (1); Feminino \_\_ (2)
  - Idade: \_\_anos
  - Parentesco: \_\_\_\_\_
  - Estado Civil: Casado \_\_ (1); União de facto \_\_ (2); Solteiro \_\_ (3); Viúvo \_\_ (4); Divorciado \_\_ (5); Outro \_\_\_\_\_
  - Escolaridade: Não sabe Ler nem escrever \_\_ (1); Sabe ler e escrever \_\_ (2); 1º Ciclo do Ensino Básico \_\_ (3); 2º Ciclo do Ensino Básico \_\_ (4); 3º Ciclo do Ensino Básico \_\_ (5); Ensino Secundário \_\_ (6); Ensino Médio \_\_ (7); Ensino Superior \_\_ (8); Outra \_\_\_\_\_
  - Profissão: \_\_\_\_\_ ;

## II- História de Saúde

### 8-De que doenças sofre?

- Infeciosas (1)
- Mentais (2)
- Neurológicas (3)
- Cardiovasculares/hematológicas (4)
- Respiratórias (5)
- Digestivas/nutricionais (6)
- Genito-urinárias (7)
- Endócrinas e metabólicas (8)
- Músculo-esqueléticas/osteoarticulares (9)
- Alérgicas/Dermatológicas (10)
- Oftálmicas e do foro otorrinolaringológico (11)
- Oncológicas (12)
- Outras doenças \_\_\_\_\_

### 9-Diabetes:

- Tipo 1 (1)
- Tipo 2 (2)
- Diabetes Gestacional (3)

### 9.1--Ano de diagnóstico: \_\_\_\_\_

### 9.2--Complicações Associadas: \_\_\_\_\_

### 10-Frequenta consultas de:

- Nutrição (1)
- Pé diabético (2)
- Endocrinologia (3)
- Oftalmologia (4)
- Nefrologia (5)

### 11-Número de consultas de Enfermagem no Centro de Saúde em 2008 (a preencher mediante dados do SAPE): \_\_\_\_\_

### 12- Nos últimos três meses contactou com algum profissional de saúde?

- Sim (1)
- Não (2)

### 12.1-Se sim, quem?

- Enfermeiro (1)
- Médico (2)
- Nutricionista (3)
- Psicólogo (4)
- Assistente social (5)
- Outro \_\_\_\_\_

### 13-Tem a vacina anti-tetânica actualizada?

- Sim (1)
- Não (2)

### 14-No ano de 2008 foi-lhe administrada a vacina da gripe?

- Sim (1)
- Não (2)

## III- Adesão/Gestão do Regime Terapêutico

Responda às seguintes questões tendo em conta os seus hábitos nas últimas 4 semanas.

15-Quantas refeições faz por dia? \_\_\_\_\_

16-Qual o intervalo entre as refeições? \_\_\_\_\_

**17-Durante a noite o intervalo é superior a 8/9 horas?**

- Sim (1)
- Não (2)

**18-Inicia o almoço ou o jantar com uma sopa de legumes e hortaliças?**

- Sim (1)
- Não (2)

**19-Quantas vezes come peixe por semana?**

- 0 (1)
- 1-2 (2)
- 3-4 (3)
- Mais de 5 (4)

**20-Quantas peças de fruta come por dia?**

- 0 (1)
- 1-3 (2)
- 4-5 (3)
- Mais do que 5 (4)

**21-Acompanha a fruta com hidratos de carbono de absorção lenta (ex: pão, bolacha Maria, bolacha água e sal, etc.)?**

- Sim (1)
- Não (2)

**22-Pratica exercício físico?**

- Sim (1)
- Não (2)

**22.1- Se Sim:**

22.1.1- Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

22.1.2- Que tipo de exercício físico? \_\_\_\_\_

22.1.3- Qual a duração do exercício físico? \_\_\_\_\_

22.1.4- Reconhece vantagens na prática de exercício físico na diabetes?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não Sabe (3)

22.1.5- O exercício pode provocar hipoglicémia?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não sabe (3)

**22.2- Se Não, porquê?**

- Não tenho companhia (1)
- É aborrecido (2)
- Cansa muito e é desconfortável (3)
- Não tenho saúde (4)
- Não tenho dinheiro (5)
- Tenho medo de fazer má figura pelo meu mau desempenho ou aparência (6)
- Não tenho idade para isso (7)
- Falta de tempo (8)
- Outra \_\_\_\_\_

**23- Toma terapêutica para controlar a diabetes?**

- Sim (1)
- Não (2)

**23.1- Se Sim:**

Antidiabéticos orais. (1) Qual(ais)? \_\_\_\_\_; Não sabe \_\_\_\_\_

Insulina. (2) Qual(ais)? \_\_\_\_\_; Não sabe \_\_\_\_\_

23.1.1- Se toma antidiabéticos orais, tem dificuldades?

- Sim. (1) Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Não (2)

23.1.2- Se faz insulina, tem dificuldades na administração de insulina?

- Sim (1)
- Não (2)

23.1.2.1-Se sim, qual(ais) a(s) dificuldade(s)?

- Local de administração (1)
- Contar as unidades (2)
- Trocar as agulhas (3)
- Trocar a recarga (4)
- Insegurança na administração (5)
- Gerir o esquema insulínico (6)
- Outras \_\_\_\_\_

23.1.3Esquece-se de tomar a medicação?

- Sim (1)
- Não (2)

23.1.3.1-Se sim, quantas vezes por semana?

- 1 a 2 (1)
- 3 a 4 (2)
- Mais do que 4 (3)

23.1.3.2-Acha que o esquecimento da toma de medicação pode interferir com a diabetes?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não sabe (3)

**IV- Autovigilância**

**Responda às seguintes questões tendo em conta os seus hábitos nas últimas 4 semanas.**

**26- Costuma monitorizar a glicémia capilar?**

- Sim (1)
- Não (2)

26.1-Se **Sim**, a monitorização é feita:

- pelo próprio (1)
- pelo prestador de cuidados (2)
- pelo técnico de saúde (3)

26.1.1-Nos casos em que a monitorização é feita **apenas** pelos técnicos de saúde, porque motivo(s) é que não faz a autovigilância?

- Não tem glucómetro (1)
- Não sabe fazer (2)
- Ninguém o ensinou (3)
- Sente-se inseguro (4)
- Tem medo de se picar (5)
- Não sabe trabalhar com o glucómetro (6)
- Não sabe/ não consegue ler o valor (7)
- Não se interessa (8)
- Dependente (9)
- Outro \_\_\_\_\_

Nos casos em que a monitorização é feita pelo **próprio ou prestador de cuidados**:

26.1.2-Quantas vezes faz a vigilância da glicémia por semana? \_\_\_\_\_

26.1.3-Tem alguma dúvida/dificuldade?

- Sim (1)
- Não (2)

26.1.3.1-Se sim, qual(quais)? \_\_\_\_\_

26.1.4-Faz as pesquisas a diferentes horas do dia?

- Sim (1)
- Não (2)

26.1.5- Conhece o valor de referência da glicémia em jejum?

- Sim (1)
- Não (2)

26.1.5.1- Se sim, qual? \_\_\_\_\_ mg/dl

26.1.6- Conhece o valor de referência da glicemia 2 horas depois de comer?

Sim (1)

Não (2)

26.1.6.1- Se sim: Qual? \_\_\_\_\_ mg/dl

26.2- Se **Não**, qual (quais) o(s) motivo(s)/ dificuldade(s)?

Não tem glucômetro (1)

Não sabe fazer (2)

Ninguém o ensinou (3)

Sente-se inseguro (4)

Tem medo de se picar (5)

Não sabe trabalhar com o glucômetro (6)

Não sabe/ não consegue ler o valor (7)

Não se interessa (8)

Falta de tempo (9)

Dependente (10)

Outro \_\_\_\_\_

**27- Considera que faz a autovigilância do pé?**

Sim (1)

Não (2)

27.1- Se **Sim**, quantas vezes faz a autovigilância do pé por semana? \_\_\_\_\_

27.2- Se **Não**, qual (ais) o(s) motivo(s)/ Dificuldade(s)?

Não acha importante (1)

Ninguém o alertou (2)

Não tem tempo (3)

Não sabe avaliar (4)

Necessita de ajuda (5)

Outro \_\_\_\_\_

<b>Cuidados aos pés</b>	<b>Sim (1)</b>	<b>Não (2)</b>
27.3- Inspecciona diariamente os pés, incluindo a área entre os dedos ou caso não consiga fazê-lo tem alguém que o faça?		
27.4- Lava regularmente os pés e seca-os cuidadosamente, especialmente entre os dedos?		
27.5- Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene?		
27.6- Anda descalço?		
27.7- Calça sapatos sem meias?		
27.8- Utiliza calçadas?		
27.9- Aplica óleo ou lubrificantes entre os dedos?		
27.10- Aplica creme nos pés?		
27.11- Muda diariamente as meias?		
27.12- Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura?		
27.13- Utiliza meias de cor clara		
27.14- Corta as unhas a direito?		
27.15- Lima as unhas com lima de cartão?		
27.16- Inspecciona o interior dos sapatos antes de os calçar?		
27.17- O seu pé é examinado regularmente por um profissional de saúde?		

**V- Vigilâncias**

**28-Tensão arterial:** \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg

**29-Glicemia Capilar:** \_\_\_\_ mg/dl (Pós prandial : \_\_\_\_; Jejum: \_\_\_\_)

**30- Peso Corporal:** \_\_\_\_ Kg

**31-Avaliar Altura:** \_\_\_\_ m

**32- IMC:** \_\_\_\_\_

**33- Perímetro abdominal:** \_\_\_\_ cm

**34-Hábitos tabágicos:** \_\_\_\_ cigarros/dia

**35-Álcool:** \_\_\_\_ copos/dia

**36-Último valor de Hab1c (a preencher com dados do SAPE):** \_\_\_\_ % ; Ano: \_\_\_\_\_

**37- Vigiar pé**

**37.1-Calçado inadequado:**

Sim (1)

Não (2)

**37.2-Deformação ou proeminência óssea:**

Sim (1)

Não (2)

**37.3- Pulso pedioso:**

presente e normal (1)

presente e diminuído (2)

ausente (3)

**37.4- Sensibilidade táctil fina (teste do monofilamento):**

Conservada (1)

Diminuída (2)

Ausente (3)

**37.5- Temperatura do pé:**

Normal (1)

Aumentada (2)

Diminuída (3)

**37.6- Coloração:**

Normal (1)

Alterada (2)

**37.7- Queratoses:**

Presentes (1)

Ausentes (2)

**37.8- Micoses:**

Presentes (1)

Ausentes (2)

**37.9- Perda da mobilidade articular:**

Sim (1)

Não (2)

**37.10- Úlcera Anterior:**

Sim (1)

Não (2)

**37.11- Amputação:**

Sim (1)

Não (2)

## **Anexo II**

P'ró Activo: Projecto Educacional para Pessoas com  
Diabetes Tipo 2

---





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**Unidade Curricular: Estágio**

## **P'RÓ ACTIVO**

**Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2**

**Módulo II - Projecto de intervenção comunitária**

**Vanessa dos Santos Cardoso Monteiro**

**Sob orientação de Norminda Magalhães**

**Porto, Outubro 2009**



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1. DESIGNAÇÃO DO PROJECTO</b> .....	9
<b>2. JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO</b> .....	9
<b>3. CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	12
<b>3.1. Actividade Física/Exercício Físico</b> .....	12
<b>3.2. Exercício Físico e Diabetes</b> .....	14
<b>3.3.Riscos do Exercício Físico em pessoas com diabetes</b> .....	15
<b>4. DESCRIÇÃO DO PROJECTO</b> .....	15
<b>4.1. Responsáveis e intervenientes</b> .....	15
<b>4.2. População alvo</b> .....	16
<b>4.3. Tempo previsto</b> .....	16
<b>5. OBJECTIVOS</b> .....	16
<b>5.1. Objectivos Gerais</b> .....	16
<b>5.2. Objectivos Específicos</b> .....	16
<b>5.3. Objectivos Operacionais/Metas</b> .....	17
<b>6. PREVISÃO DE RECURSOS</b> .....	18
<b>6.1. Recursos Humanos</b> .....	18
<b>6.2. Recursos Materiais</b> .....	18
<b>6.3. Recursos Económicos</b> .....	19
<b>7. CONDICIONANTES DE REALIZAÇÃO</b> .....	19
<b>8. METODOLOGIA</b> .....	20
<b>8.1. Estratégias de Intervenção</b> .....	20
<b>8.2. Actividades a desenvolver</b> .....	20
<b>9. VALIDAÇÃO E INDICADORES</b> .....	21
<b>9.1. Indicadores de Resultado</b> .....	21
<b>9.2. Indicadores de Actividade</b> .....	22

<b>10. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....</b>	<b>23</b>
<b>11. CRONOGRAMA .....</b>	<b>23</b>
<b>12. NOTA FINAL .....</b>	<b>24</b>
<b>13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>24</b>

## LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E FIGURAS

<b>Quadro 1.</b> Distribuição dos inquiridos relativamente à prática de exercício físico.....	10
<b>Quadro 2.</b> Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC .....	11
<b>Quadro 3.</b> Orçamento .....	19
<b>Quadro 4.</b> Actividades a desenvolver .....	21
<b>Quadro 5.</b> Cronograma .....	24

### GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição dos inquiridos relativamente à prática de exercício físico.....	10
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC .....	12

### FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Pirâmide de Actividade Física .....	13
--	----



## INTRODUÇÃO

Gerir uma doença crónica implica um envolvimento a longo prazo da pessoa, que deve ser motivada e apoiada para se envolver no papel. Pessoas a conviver com diabetes necessitam de orientação para aprender como gerir a sua condição e serem responsabilizadas pelos seus cuidados diários com a diabetes, com vista à promoção da sua qualidade de vida. O tratamento da diabetes implica uma abordagem multifactorial e integrada, para evitar ou retardar complicações agudas e tardias e permitir o bem-estar à pessoa com diabetes e família.

A intervenção na comunidade implica o envolvimento dos profissionais e competências específicas neste domínio, sendo o conhecimento dos parceiros da comunidade primordial no desenvolvimento de projectos de saúde (UMCSP, 2009).

No desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária 2008/2010, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto - Universidade Católica Portuguesa, no âmbito da Unidade Curricular Estágio (Módulo II), com uma carga horária de 180 horas de contacto (10 ECTS), foi-nos proposto a elaboração de um projecto de intervenção comunitária. Este módulo visa dar continuidade à aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização em questão.

No decurso do primeiro módulo foi produzido um diagnóstico de saúde relativo à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, tendo como população alvo os utentes inscritos no Centro de Saúde Vila Real I, no programa de saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Foram definidas prioridades tendo em conta o horizonte do plano e a área de programação, tendo emergido como área prioritária a promoção da actividade física nas pessoas com diabetes tipo 2.

O presente projecto tem como objectivos dar cumprimento a uma exigência pedagógica, contribuindo para a avaliação da unidade curricular e aprofundar conhecimentos sobre as diferentes etapas na realização de um projecto.

Este documento no que respeita à estrutura, apresentará as etapas para o desenvolvimento de um projecto de intervenção, nomeadamente, a justificação e contextualização deste; a sua descrição, envolvendo os responsáveis, a população alvo e

o tempo previsto; os objectivos gerais, específicos e operacionais; a previsão de recursos; condicionantes da sua realização; estratégias e actividades planeadas; avaliação e indicadores definidos; resultados previstos; os objectivos/competências a adquirir ou a desenvolver ao longo do estágio e o cronograma das actividades a desenvolver durante o estágio.

A metodologia utilizada foi a revisão da literatura, análise crítico-reflexiva e conversas informais com peritos. Prevemos encontrar dificuldades relacionadas com o planeamento em saúde.

## **1. DESIGNAÇÃO DO PROJECTO**

A temática escolhida para este projecto de intervenção será: “*P’RÓ ACTIVO: Projecto Educativo para Pessoas com Diabetes Tipo2*”. Este tema procura transmitir a filosofia deste programa, baseado na escolha informada, no desenvolvimento de habilidades e competências, destacando a responsabilidade pessoal na gestão da doença, tornando a pessoa pró-activa<sup>1</sup>.

## **2. JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO**

Do diagnóstico de saúde sobressaíram algumas áreas de investimento e foram definidas prioridades atendendo a dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação. Esta definição assentou numa tomada de decisão baseada em alguns critérios. Segundo Tavares (1990) definir prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados, dependendo dos recursos disponíveis.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a diabetes é uma das causas de morte que registou dos mais importantes acréscimos na última década. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes engloba um conjunto de orientações estratégicas e intervenções propostas para Portugal no sentido da prevenção e controlo da doença. A grande probabilidade de ocorrência de complicações no doente Diabético faz com que a diabetes seja um dos “*problemas de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total e parcial durante o século XXI*” (DGS, 2007, p. 2). É de realçar que 2.687.698 portugueses, mais de um quarto da população, sofrem de diabetes ou de pré diabetes (DGS, 2009). Por outro lado, a cronicidade e morbilidade elevadas, associada a esta patologia, acarretam um grande investimento em cuidados de saúde.

Globalmente, o tratamento baseia-se na tríade alimentação, actividade física e medicação (APDP, 2009; Nascimento do Ó e Loureiro, 2007), sendo o exercício físico a componente do Regime Terapêutico com menor adesão (Sousa, 2003).

---

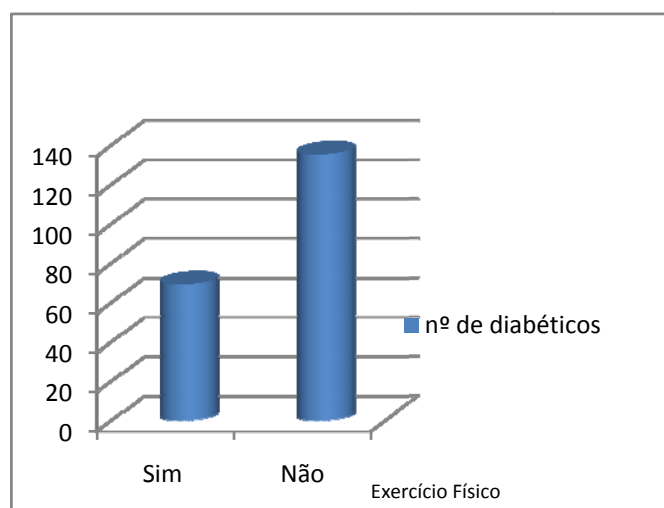
<sup>1</sup> De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2009) pró-activo significa “que tende a criar ou a controlar uma situação, tomando a iniciativa, e não apenas reagir a ela”.

Deste modo, considerámos prioritário intervir ao nível da promoção do exercício físico uma vez que a maioria dos diabéticos inquiridos não adere a esta componente do Regime Terapêutico (66,2%).

**Quadro 1.** Distribuição dos inquiridos relativamente à prática de exercício físico

Exercício Físico	Nº	%
Sim	69	33,8
Não	135	66,2

**Gráfico 1.** Caracterização dos inquiridos relativamente à prática de exercício físico



A prática de exercício físico é enumerada por 69 (33,8%) diabéticos. De entre os que praticam exercício, 42 (60,9%) indivíduos adoptam este comportamento 7 vezes por semana. O exercício de eleição é a caminhada, identificada por 60 (87%) indivíduos, seguindo-se andar de bicicleta, escolhido por 4 (5,8%) elementos. A duração do exercício físico mais referida pelos participantes foi de trinta minutos, indicado por 31 (44,9%) pessoas, seguindo-se 19 (27,5%) pessoas que praticam exercício durante 60 minutos.

Mais de metade dos que praticam exercício físico (59 - 85,5%) encaram a sua prática como vantajosa para o controlo da diabetes. No entanto, 31 (44,9%) pessoas não sabem se o exercício pode provocar hipoglicemia, 28 (40,6%) pessoas identificam esta complicação do exercício físico e 10 (14,5%) pessoas afirmam que não provoca esta complicação.

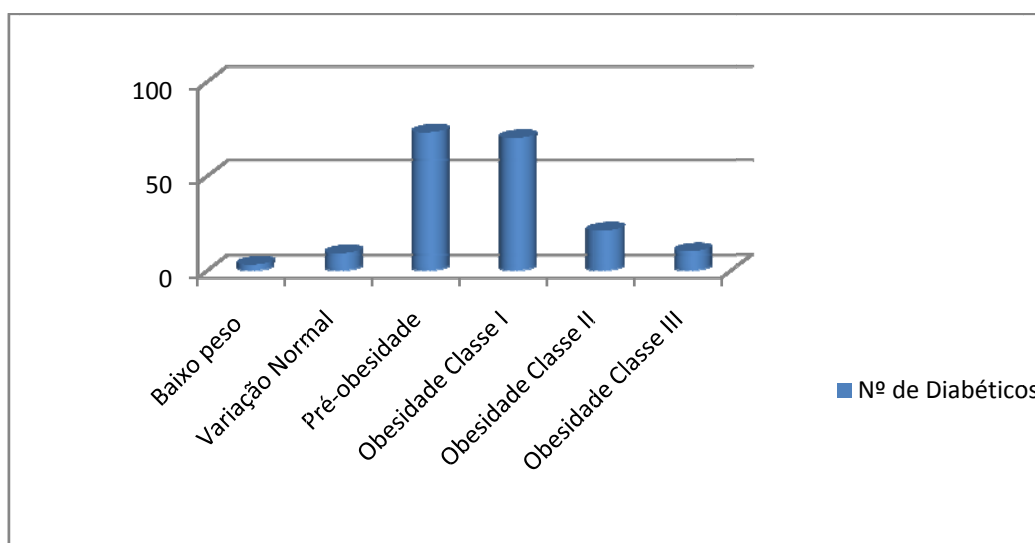
Uma grande percentagem não pratica exercício físico (135 - 66,2%). De entre as razões apontadas para a não adesão, destacam-se: a percepção de saúde (“falta de saúde”) manifestada por 65 (48,1%) dos inquiridos, o desconforto e cansaço, verbalizado por 23 (17%) inquiridos e a falta de tempo, referida por 20 (14,8%) inquiridos.

Para além da baixa adesão ao exercício físico, da análise dos dados ressalta que existem 73 (39,2%) diabéticos com Pré-obesidade, associado a um risco de comorbilidade aumentado, 70 (37,6) diabéticos apresentam Obesidade Classe I, com um risco de comorbilidade moderado, 21 (11,3%) diabéticos têm Obesidade Classe II relacionada com um risco de comorbilidade grave e 10 (5,4%) diabéticos incluem-se na Obesidade Classe III com um risco de comorbilidade muito grave.

**Quadro 2.** Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC

		Nº	%
<b>IMC</b>	Baixo peso (<18,5)	3	1,6
	Varição Normal (18,5-24,9)	9	4,8
	Pré-obesidade (25-29,9)	73	39,2
	Obesidade Classe I(30,0-34,9)	70	37,6
	Obesidade Classe II (35-39,9)	21	11,3
	Obesidade Classe III (≥40,0)	10	5,4

**Gráfico 2.** Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC



O perímetro abdominal médio foi de 101,31 cm, com um desvio padrão de  $\pm 13,31$ cm. Denota-se que a maior parte da distribuição (74%) se encontra no risco muito aumentado de complicações metabólicas.

Face a estes resultados, os indivíduos deverão ser encorajados a atingir e manter um peso saudável, sendo a promoção do exercício físico uma estratégia a implementar.

### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO**

#### **3.1. Actividade física/exercício físico**

A actividade humana modificou-se consideravelmente desde os tempos em que o homem era caçador - recolector até ao presente, sendo um marco importante a expansão das novas tecnologias. Assim, a actividade física faz parte das necessidades básicas do indivíduo e, como tal, não é possível conceber a natureza humana sem actividade.

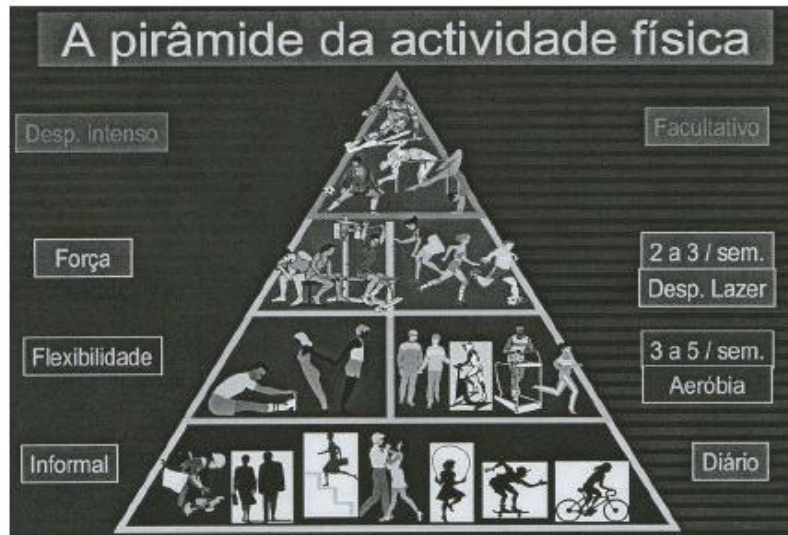
Os dados da OMS, apontam que cerca de 60% a 85% da população dos países desenvolvidos e dos países em transição têm hábitos de vida sedentários. Na Europa, os países da Escandinávia são os que têm mais alto níveis de actividade física, em oposição aos países da Europa do Sul (incluindo Portugal) e vários países da Europa do Leste a que se junta, como elemento de preocupação, que a prática de actividade física regular é reduzida na maior parte dos países desenvolvidos (Comissão Europeia, 2003).

A actividade física, como qualquer comportamento de saúde (perda de peso, vigilância de saúde, exames de rastreio), é de natureza cíclica, passando por várias fases, que Sallis e Hovell (1990) apresentam como ciclo de Actividade Física: adopção, manutenção, abandono e retorno, e os seus determinantes permitem explicar a transição entre cada fase.

O exercício físico é visto como uma subcategoria da actividade física, sendo definido como toda actividade física planeada, estruturada e repetitiva que tem por objectivo o aperfeiçoamento e manutenção da aptidão física (Lopes, 2006).

Para que a actividade física seja adequada deve ter em consideração três aspectos: o tipo de actividades, o contexto clínico e etário do praticante e a intensidade. A figura

ilustrativa, através da pirâmide (figura 1), procura representar as orientações quanto aos níveis da intensidade da actividade física.



**Figura 1.** Pirâmide de Actividade Física (Barata, 2009)

À medida que se sobe na pirâmide, vai aumentando a intensidade das várias actividades físicas, mas decresce a necessidade da sua frequência semanal, ou seja, actividades menos intensas necessitam de maior frequência semanal de modo a proporcionar benefícios. Quando se pratica quase diariamente actividade física ligeira a moderada, já são proporcionados ganhos em saúde, por isso, recomenda-se ser activo pelo menos meia hora por dia. Para ganhos mais significativos, são necessários mais dias de prática semanal (3 a 5 dias por semana), com actividades que promovam o trabalho cardiovascular e a flexibilidade (marcha mais rápida, corrida lenta, bicicleta, natação, remo, entre outras). Para ganhos adicionais, deve incluir-se trabalho de força, duas a três vezes por semana, sem descurar o papel fundamental do trabalho cardiovascular. A prática desportiva recreativa pretende diminuir ou aliviar a saturação de sessões de treino mais rígidas, enquanto a intensidade desproporcional do desporto de competição deverá ser relativizada quanto aos seus benefícios para a saúde.

### **3.2. Exercício físico e Diabetes**

Os benefícios que advêm da actividade física para a população com diabetes estão já amplamente descritos e englobam tanto benefícios gerais como específicos (Matos *et al.*, 2003).

Para além de contribuir para o bem-estar físico e mental, produzir efeitos benéficos sobre o stress, uma melhoria da actividade social, alívio das preocupações quotidianas, um aumento da percepção de competência e da auto-imagem, na população com diabetes, segundo Caldeira e Duarte (2002), apresentam vantagens acrescidas, designadamente:

1. Aumenta a sensibilidade à insulina – aumenta o transporte de glucose para o músculo. Diminuiu o hiperinsulinismo. Reduzindo a insulinemia basal pós-prandial ajudando na prevenção da Diabetes tipo 2;
2. Aumenta a massa muscular – Aumenta a percentagem de fibras musculares tipo 1;
3. Diminui a glicemia durante e após o exercício;
4. Diminui a massa gorda - É um adjuvante da terapêutica dietética na manutenção do peso adequado ou no emagrecimento do diabético, notando-se um efeito mais marcado da redução da gordura abdominal;
5. Melhora o perfil lipídico – diminui o Colesterol total, Colesterol LDL e Triglicéridos e aumenta o Colesterol HDL.
6. Diminui os valores de Tensão Arterial;
7. Corrige as alterações da fibrinólise;
8. Diminui a hipercoagulabilidade – melhorando vários parâmetros hemorreológicos;
9. Melhora a resposta anómala às catecolaminas;
10. Aumenta o número de vasos colaterais e a rede capilar, particularmente no músculo cardíaco.

Deste modo, a actividade física é mandatária e fundamental.

### **3.3. Riscos do exercício físico em pessoas com Diabetes**

Para além dos benefícios enunciados anteriormente, o exercício físico pode apresentar riscos. Algumas complicações associadas à diabetes podem interferir com a prática do exercício e vice-versa, designadamente: hipoglicemia, descompensação metabólica, agravamento de retinopatia, risco cardíaco, isquémia dos membros, neuropatia diabética sensitiva, neuropatia diabética vegetativa, nefropatia diabética e desidratação.

Portanto, a escolha do exercício a praticar pela pessoa com diabetes deve ser criteriosa. Importa adequar o exercício, a sua frequência e intensidade ao estado de saúde, à terapêutica e à idade da pessoa. Ao prescrever o exercício físico a um diabético, é obrigatória uma avaliação cuidadosa da presença de complicações tardias (Caldeira e Duarte, 2002).

Por norma, o exercício deve ser aeróbio, (por exemplo, marcha a pé, bicicleta, nadar, dançar, golfe), ou seja, deve implicar movimento que se prolongue para lá dos 20 minutos, e repetido pelo menos 3 vezes por semana (APDP, 2009). A sua intensidade depende da capacidade de cada um. O tipo de exercício depende do estado de saúde e das preferências do utente e está sujeito a cuidados antes durante e após o exercício físico.

## **4. DESCRIÇÃO DO PROJECTO**

### **4.1. Responsáveis e entidades intervenientes**

O Responsável pelo projecto e pela execução do mesmo será a enfermeira Vanessa Monteiro, aluna do Curso de Pós-especialização em Enfermagem Comunitária. Os Responsáveis pela Coordenação serão a Sr<sup>a</sup> Professora Norminda Magalhães, a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Dulce Martins e a aluna.

## **4.2. População alvo**

A população alvo deste projecto é os diabéticos tipo 2 inscritos no Programa de saúde “Grupo de Risco: Diabéticos” no Centro de Saúde Vila Real I. A referenciação será feita pelo Enfermeiro e Médico de família de acordo com as necessidades encontradas e aptidão para a prática de exercício físico.

## **4.3. Tempo previsto**

A implementação deste projecto, assim como a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária decorrerá no período de 6 de Outubro a 27 de Novembro de 2009, durante o Módulo II da Unidade Curricular Estágio.

## **5. OBJECTIVOS**

Os objectivos formulados procuram transmitir comportamentos e efeitos desejados para a população alvo.

### **5.1. Objectivos gerais**

- Sensibilizar as pessoas com diabetes tipo 2, inscritos no CSVR I, para a importância da Adesão/Gestão do Regime Terapêutico;
- Melhorar as competências ao nível do exercício físico das pessoas com diabetes tipo 2 na gestão da doença.

### **5.2. Objectivos específicos**

- Conhecer a importância do exercício físico na gestão do Regime Terapêutico;
- Avaliar a capacidade para a realização do exercício físico;

- Adequar o plano e padrão de exercício físico às capacidades;
- Identificar as complicações e riscos da diabetes inerentes à prática do exercício físico;
- Adquirir conhecimentos sobre precauções de segurança no exercício físico;
- Conhecer os recursos disponíveis na comunidade de suporte à actividade física.

### **5.3. Objectivos operacionais/met**

Os objectivos operacionais/met

- Conseguir que 40% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional demonstrem adesão a todas as actividades do projecto;
- Conseguir que 50% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional manifestem conhecimentos sobre a importância do exercício físico;
- Conseguir que 50% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional identifiquem as actividades físicas recomendadas à situação de saúde;
- Conseguir que 100% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional conheçam os recursos comunitários;
- Conseguir que 90% das pessoas com diabetes tipo 2 que participem no projecto educacional conheçam as complicações e riscos da diabetes inerentes ao exercício físico.

## **6. PREVISÃO DE RECURSOS**

A previsão de recursos assume um papel preponderante e indispensável na consecução de um projecto, pelo que seguidamente descreverei os recursos humanos, materiais e económicos implicados.

### **6.1. Recursos humanos**

Um projecto implica o envolvimento e colaboração de várias pessoas. para além do responsável do projecto e de execução (Vanessa Monteiro):

- Enfermeiro a frequentar a pós-licenciatura e Mestrado em Saúde Comunitária – Jóni Madureira;
- Enfermeira especialista em Saúde Comunitária, do Centro de Saúde Vila Real I – Dulce Martins;
- Licenciado em Educação Física e Desporto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – a designar.

### **6.2. Recursos materiais**

Pensamos englobar os seguintes recursos materiais:

- Projector multimédia;
- Computador portátil;
- Cartazes e folhetos de informação e divulgação;
- Diversos materiais didácticos relacionados com o exercício físico.
- Espaço físico para desenvolver as actividades planeadas;

### 6.3. Recursos económicos

O planeamento dos recursos económicos possibilita perceber até que ponto o projecto é exequível. Assim, tentaremos obter patrocínios de várias entidades, nomeadamente Juntas de Freguesia, Câmara Municipal de Vila Real, entre outras.

**Quadro 3.** Orçamento

<b>Recursos</b>	<b>Orçamento (€)</b>
<b>Folhetos e cartazes</b>	60
<b>Projector multimédia</b>	Existente no Centro de Saúde
<b>Computador portátil</b>	Existente no Centro de Saúde
<b>Papel</b>	10
<b>Telefone</b>	10
<b>Enfermeiros</b>	0
<b>Licenciado em Educação Física e Desporto</b>	0
<b>Total</b>	80

## 7. CONDICIONANTES DE REALIZAÇÃO

Para a concretização deste projecto é importante atender a possíveis condicionantes de realização do projecto.

Neste sentido, o factor tempo será o maior condicionante, dado o curto espaço de tempo de estágio (06 de Outubro a 27 de Novembro de 2009) para implementação do projecto e alcance dos objectivos preconizados para a aquisição e desenvolvimento das competências em enfermagem comunitária.

Outras condicionantes poderão interferir com a concretização do projecto, nomeadamente a disponibilidade e receptividade da população para aderir ao projecto e a dificuldade de financiamento.

## **8. METODOLOGIA**

A definição de estratégias e actividades a constituem aspectos que largamente concorrem para o sucesso de um projecto, dado que procuram o cumprimento dos objectivos traçados.

### **8.1. Estratégias de intervenção**

Face às condicionantes de realização passamos a elencar algumas estratégias para ultrapassar os obstáculos:

- Divulgação junto da equipa multidisciplinar dos resultados do diagnóstico de saúde;
- Apresentação do projecto de intervenção e seus objectivos, envolvimento de todos os profissionais no sentido de colaborarem com as actividades (referenciação de utentes);
- Angariação de patrocinadores para as actividades;
- Promoção das actividades através de cartazes e folhetos realizados para o efeito e contactos telefónicos regulares para relembrar as datas das actividades.

### **8.2. Actividades a desenvolver**

O projecto Educacional para pessoas com diabetes tipo 2 “P’RÓ ACTIVO” será realizado em estreita colaboração com o Enfermeiro Jóni Madureira que desenvolverá o projecto “Pés + cuidados” com a mesma população alvo. Serão desenvolvidas 4 Sessões em colaboração com o colega e com um licenciado em Educação Física e Desporto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. As sessões serão semanais e terão a duração estimada de duas horas teórico-práticas, de forma a criar empatia entre os participantes, rotinas consolidadas e interligação entre as temáticas. Será constituído um grupo de oito pessoas com Diabetes *Melittus* Tipo 2 que aceitem participar de forma

livre, esclarecida e voluntária no programa. Menos do que este número poderá condicionar a partilha de experiências.

**Quadro 4.** Actividades a desenvolver

Actividades	Quando	Onde	Como
Apresentação do diagnóstico de saúde à equipa de saúde e promoção do projecto “P’ró Activo”	Data e hora a combinar, mediante conveniência do serviço	Biblioteca do C.S. Vila Real I	30’ de exposição oral dos resultados e motivação para a referenciação para o projecto e 30’ de discussão entre os participantes
Realização do Projecto P’RÓ ACTIVO	19/10/2009 a 25/11/2009	Local a combinar com os participantes	Sessões teórico práticas com semanais com duração de 2 horas.

## 9. VALIDADE E INDICADORES

Importa reflectir sobre o que foi feito, sobre a efectividade das actividades e sua pertinência. Neste sentido, uma avaliação apropriada e controlo dos projectos permite comparar o estado inicial e final da população alvo (Tavares, 1990).

Portanto, a observação do interesse dos participantes e do seu feedback no final das sessões será útil na avaliação, bem como a aplicação de dois tipos de indicadores: de resultado ou de impacto (que medem o estado de saúde) e de actividade ou execução (medem a prestação de cuidados de saúde).

### 9.1. Indicadores de resultado

Os indicadores definidos estão relacionados com os conhecimentos sobre exercício físico e diabetes, designadamente:

- ✓ Percentagem de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a importância do exercício físico na diabetes, calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a importância do exercício físico na diabetes}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

- ✓ Percentagem de diabéticos que identifica as actividades físicas mais recomendadas à sua situação de saúde, calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que identifica as actividades físicas mais recomendadas à situação de saúde}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

- ✓ Percentagem de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre os recursos comunitários disponíveis para a prática do exercício físico calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ diabéticos que demonstra conhecimentos sobre recursos comunitários disponíveis para prática do exercício físico na diabetes}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

- ✓ Percentagem de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre as complicações da diabetes e os riscos inerentes ao exercício físico, calculado do seguinte modo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ diabéticos que demonstra conhecimentos sobre complicações da diabetes e riscos inerentes ao exercício físico}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

## 9.2. Indicadores de actividade

Procura avaliar a adesão ao programa educacional, nomeadamente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa em todas as actividades do programa educacional}}{\text{N}^\circ \text{ total de diabéticos referenciados para o projecto}} \times 10^n$$

Como já referimos, perante o estabelecimento das prioridades, a intervenção na comunidade pretende contribuir para uma gestão eficaz do Regime terapêutico, aumentando a Adesão ao Regime Terapêutico no domínio do exercício físico.

## 10. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

De acordo com o Guia de Estágio (2009) para além da implementação de um projecto de intervenção existem outros objectivos transversais a todos os Módulos. Neste sentido, com o desenvolvimento deste estágio procuraremos dar resposta a esses objectivos delineados inicialmente no sentido de desenvolver e aperfeiçoar competências no âmbito da Enfermagem Comunitária. Procuraremos dar resposta às solicitações que forem surgindo em paralelo com a realização do Projecto Educacional.

## 11. CRONOGRAMA

O seguinte cronograma ilustra de modo esquemático, gráfico e simples as diferentes actividades que se irão realizar.

**Quadro 5.** Cronograma

Mês	Outubro				Novembro			
Actividades	5-11	12-18	19-25	26-31	1-8	9-15	16-22	23-30
Aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária								
Apresentação do diagnóstico de saúde à equipa de saúde e promoção do projecto “P’ró Activo”								
Realização do Projecto P’RÓ ACTIVO								

## 12. NOTA FINAL

Após a elaboração deste documento, estamos conscientes de que a operacionalização do projecto será um enorme desafio.

O projecto é dinâmico, pelo que poderá ser alterado em função da disponibilidade do serviço, da população, dos recursos existentes, dos novos contextos de saúde (Gripe H1N1). Esperamos que as adversidades sejam momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

A referir que a organização e realização deste projecto não foi isenta de dificuldades. No entanto, foi gratificante pela sensação de poder contribuir de algum modo para alargar a oferta de cuidados de saúde à comunidade.

## 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL - *Viver com a diabetes*. Lisboa: Climepsi, 2009.

BARATA, T. - *Actividade física e saúde*. Fundação Portuguesa de Cardiologia [on-line]. Disponível em [http://cardiologia.brower.pt/primeirapagina.aspx?ID\\_conteúdo=51](http://cardiologia.brower.pt/primeirapagina.aspx?ID_conteúdo=51) (consultado em 14 de Abril 2009).

CALDEIRA, Jorge; DUARTE, Rui - *Alimentação e exercício físico*. In: DUARTE, R. (Coord.) - *Diabetologia clínica*. Lisboa: Lidel, 2002, p. 89-102.

COMISSÃO EUROPEIA - *Eurostat: Health statistics – key data on health 2002 – data 1970-2001. Theme 3: Population and social conditions*, 2003.

LOPES, Luís Carlos Oliveira - *Actividade física, recreio escolar e desenvolvimento motor. Estudos exploratórios em crianças do 1º ciclo do ensino básico*, 2006 [on-line]. Disponível em URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6206> (consultado em 7 Setembro 2009).

MATOS, Margarida Gaspar; SARDINHA, Luís; SALLIS, James - *Projecto PACE. Aconselhamento do diabético para a actividade física*. “Diabetes, Viver Em equilíbrio”. Lisboa. Nº 27 (2003), p. 19-20.

NASCIMENTO DO Ó, Dulce; LOUREIRO, Isabel - *Adesão ao regime terapêutico da diabetes*. “Revista Portuguesa de Diabetes”. Lisboa. Nº 2 (2007), p. 18-21.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - *Estuda da Prevalência da diabetes em Portugal*. Lisboa: DGS, 2009.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Circular Normativa Nº: 23/DSCS/DPC*. Lisboa: DGS, 2007.

SALLIS, James F.; HOVELL, M. F. - *Determinants of exercise behaviour*. “Exercise and Sport Sciences Reviews”. Nº 18 (1990), p. 307-330.

[www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt). (consultado em 11 de Outubro de 2009).

SOUSA, Maria Rui Miranda Grilo Correia - *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutico nos diabéticos tipo 2*. Braga: Universidade do Minho, 2003.

TAVARES, António - *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.



## **Anexo III**

Planeamento da sessão “À descoberta da Diabetes”

---





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

## **À Descoberta da Diabetes**

**PLANEAMENTO DE:**

**SESSÃO LECTIVA**

**“À descoberta da Diabetes: diagnóstico de saúde”**

**Data: 22-10-2009**

**Alunos:**

Jóni Madureira

Vanessa Monteiro



# **SESSÃO LECTIVA**

## **I - PLANEAMENTO**

### **1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO** (caracterização do grupo)

Grupo constituído pela equipa de Enfermagem do CSVR I.

### **2. ESCOLHA DO TEMA**

No decurso do primeiro módulo foi produzido um diagnóstico de saúde relativo à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, tendo como população alvo os utentes inscritos no CSVR I, no programa de saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Foram definidas prioridades tendo em conta o horizonte do plano e a área de programação, tendo emergido como áreas prioritárias a promoção da actividade física e a autovigilância do pé nas pessoas com diabetes tipo 2. Neste sentido, surgiu a necessidade de apresentar os resultados do diagnóstico de saúde à Equipa de Enfermagem e promover o projecto de intervenção, daí a escolha do tema: **“À descoberta da diabetes: diagnóstico de saúde”**.

### **3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS** (do formador)

Com esta sessão pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Comunicar as conclusões do diagnóstico de saúde à Equipa de Enfermagem, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Reflectir na e sobre a prática de Enfermagem, de forma crítica;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Sensibilizar os Enfermeiros para os problemas emergentes do diagnóstico de saúde;
- Divulgar os Projectos de Intervenção.

#### **4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

Seleccionámos os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

- 1. A Diabetes em Portugal*
  - 1.1. Metas Preventivas e Terapêuticas Orientadoras*
- 2. Educação Terapêutica na Diabetes*
- 3. População Alvo/Amostra*
- 4. Objectivos do Diagnóstico de Saúde*
- 5. Principais Resultados*
  - 5.1. Caracterização da amostra*
  - 5.2. Acompanhamento do Centro de Saúde*
  - 5.3. Adesão à Vacinação*
  - 5.4. Hábitos Alimentares*
  - 5.5. Exercício Físico*
  - 5.6. Regime medicamentoso*

5.7. Vigilância da glicemia capilar

5.8. Vigilância do pé

5.9. Controlo Glicémico

5.10. Índice de Massa Corporal (IMC)

5.11. Exame do pé

6. Prioridades definidas

## **5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)**

Metodologia expositiva-participativa, com recurso a projector multimédia, folhas de papel e canetas.

### **A) Programação da Actividade (tempo, espaço)**

As actividades decorrerão na biblioteca do CS Vila Real I, dia 16 de Outubro de 2009, às 16.00 horas.

### **B) Selecção de Estratégias de Avaliação**

Feedback dado pela observação directa da população alvo, do feedback dado durante a sessão e aplicação de um questionário no final da sessão.

## **II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO**

A execução e avaliação serão realizadas pelos alunos Jóni Madureira e Vanessa Monteiro.

## Plano da Sessão

<b>Formador: Jóni Madureira e Vanessa Monteiro</b> <b>Tema: “À descoberta da diabetes: diagnóstico de saúde”</b> <b>Tempo: 60’</b>	<b>Grupo Destinatário:</b> Equipa de Enfermagem do CSVRI <b>Local:</b> Biblioteca do CSVRI <b>Data:</b> 16-10-2009 <b>Hora:</b> 16.00 horas
--	--

### OBJECTIVOS:

Pretende-se que os Profissionais de Saúde sejam capazes de:

- Identificar os problemas emergentes do diagnóstico de saúde;
- Reflectir acerca dos cuidados de saúde prestados no CSVRI às pessoas com diabetes;
- Referenciar os utentes para o projecto educacional para pessoas com diabetes tipo 2.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
<b>Introdução</b>	10’	- Enquadramento do tema. - Motivação. - Apresentação dos objectivos, metodologia e sumário	Método expositivo-participativo Apresentação de PowerPoint	Avaliação através de conversa informal
<b>Desenvolvimento</b>	40’	1. A Diabetes em Portugal 1.1. Metas Preventivas e Terapêuticas Orientadoras 2. Educação Terapêutica na Diabetes 3. População Alvo/Amostra 4. Objectivos do Diagnóstico de Saúde 5. Principais Resultados 5.1. Caracterização da amostra 5.2. Acompanhamento do Centro de Saúde 5.3. Adesão à Vacinação 5.4. Hábitos Alimentares 5.5. Exercício Físico 5.6. Regime medicamentoso 5.7. Vigilância da glicemia capilar 5.8. Vigilância do pé 5.9. Controlo Glicémico 5.10. Índice de Massa Corporal (IMC) 5.11. Exame do pé 6. Prioridades definidas	Método expositivo e participativo Apresentação de PowerPoint	Feedback dado pela população alvo - observação directa
<b>Conclusão</b>	10’	Síntese das principais ideias	Método participativo	Preenchimento de questionário

## **Anexo IV**

Instrumento de Avaliação da sessão “À descoberta da Diabetes”

---



No final desta sessão é importante conhecer a sua opinião sobre a forma como decorreu.  
Por favor, assinale a resposta mais adequada a cada questão.

Garantimos a confidencialidade da informação.

**1. A Sessão correspondeu às suas expectativas?** Sim  Não

Por favor assinale a resposta mais adequada, utilizando uma escala de 1 a 6 pontos:

1- Nada 2- Muito Pouco 3- Pouco 4- Suficiente 5- Bastante 6- Totalmente

**2. Objectivos e Conteúdos da Formação:**

Os objectivos da Sessão foram atingidos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Os conhecimentos proporcionados por esta sessão são úteis	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

**3. Metodologias e meios utilizados:**

Os métodos utilizados facilitaram a compreensão dos temas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

**OBRIGADA!**



# **Anexo V**

Planeamento da sessão 1 “Vamos começar”

---





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

## **Projecto P'ró Activo**

**PLANEAMENTO DE:**

**SESSÃO LECTIVA**

**Sessão 1 “Vamos Começar!”**

**Data: 09-11-2009**

**Alunos:**

Jóni Madureira

Vanessa Monteiro



## **SESSÃO LECTIVA**

### **I - PLANEAMENTO**

#### **1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO (caracterização do grupo)**

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de  $\pm 6.55$  anos. Relativamente ao Sexo, 5 são homens (45%) e 6 são mulheres (55%). Dos participantes, 9 são casados (82%), 1 é viúvo (9%) e 1 é divorciado (9%). Quanto à escolaridade, 2 sabem ler e escrever (18%), 6 afirmam ter concluído o 1º ciclo do ensino básico (53%), o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 pessoa em cada categoria respectivamente (9% para cada categoria). A profissão predominante é a de doméstica ocupando 5 mulheres (46%). Existem 2 empresários (18%), 2 empregados da construção civil (18%), 1 carpinteiro (9%) e 1 professor do Ensino Secundário (9%).

#### **2. ESCOLHA DO TEMA**

No decurso do primeiro módulo foi produzido um diagnóstico de saúde relativo à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, tendo como população alvo os utentes inscritos no Centro de Saúde Vila Real I, no programa de saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Foram definidas prioridades tendo em conta o horizonte do plano e a área de programação, tendo emergido como área prioritária a promoção da actividade física nas pessoas com diabetes tipo 2. Neste sentido, a Sessão 1 é uma sessão genérica de título **“Vamos Começar!”**.

### **3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS (do formador)**

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Incentivar os diabéticos tipo 2 inscritos no CSVRI para aderirem ao Projecto;
- Avaliar tensão arterial, peso, altura, IMC, glicemia capilar e perímetro abdominal a todos os participantes;
- Promover a coesão grupal;
- Abordar aspectos relacionados com a diabetes, complicações e regime medicamentoso;
- Sensibilizar os participantes para a importância de um peso saudável.

### **4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

Seleccionámos os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

1. A Diabetes
2. Complicações agudas
  - 2.1. Hipoglicemia
3. Complicações crónicas da Diabetes
4. Tratamento da Diabetes tipo 2

## 5. Projectos

### 5.1. P'ró Activo

### 5.2. Pés + Cuidados

## **5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)**

Metodologia expositiva-participativa, com recurso a projector multimédia, folhas de papel e canetas.

## **6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo espaço)**

A actividade decorrerá na biblioteca do CSVRI, dia 9 de Novembro de 2009 das 15.00 às 16.30 horas.

## **7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO**

Feedback dado pela observação directa da população alvo, do feedback dado durante a sessão.

## **II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO**

A execução e avaliação serão realizadas pelos alunos Jóni Madureira e Vanessa Monteiro.

## Plano da Sessão

<p><b>Formador:</b> Jóni Madureira e Vanessa Monteiro</p> <p><b>Tema:</b> “Vamos começar!”</p> <p><b>Tempo:</b> 90’</p>	<p><b>Grupo Destinatário:</b> Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes)</p> <p><b>Local:</b> Biblioteca do CSVRI</p> <p><b>Data:</b> 09-11-2009</p> <p><b>Hora:</b> 15.00 horas</p>
---	--

### OBJECTIVOS:

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo2 sejam capazes de:

- Definir o que é a diabetes;
- Referir as complicações agudas e crónicas da diabetes;
- Conhecer os tratamentos para a Diabetes;
- Referir a importância de um peso saudável.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
<b>Introdução</b>	25’	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos participantes</li> <li>- Avaliação da tensão arterial, peso, altura, IMC e glicemia capilar e alerta para a meta peso saudável.</li> <li>- Enquadramento do tema.</li> <li>- Motivação.</li> </ul>	<p>- Jogo “passa a bola”, sendo pedido a cada participante que se apresente dizendo o nome e actividades lúdicas/passatempos.</p> <p>Individualmente preenche-se um livro do participante, onde se registam os valores e conversa-se sobre os objectivos terapêuticos.</p> <p>Método expositivo-participativo</p>	Avaliação através de conversa informal
<b>Desenvolvimento</b>	50’	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O que é a Diabetes?</li> <li>2. Complicações agudas</li> <li>2.1. Hipoglicemia</li> <li>3. Complicações crónicas da Diabetes</li> <li>4. Tratamento da Diabetes tipo 2</li> <li>5. Projectos</li> <li>5.1. Pró Activo</li> <li>5.2. Pés + Cuidados</li> </ol>	<p>Método expositivo e participativo</p> <p>Apresentação de PowerPoint</p>	Feedback dado pela população alvo - observação directa
<b>Conclusão</b>	15’	<p>Síntese das principais ideias</p> <p>Material necessário para a sessão 2.</p>	<p>Método participativo</p> <p>Lanche saudável</p> <p>Pede-se aos participantes para trazerem para a próxima sessão os glucómetros para autovigilância.</p>	Feedback dado pela população alvo - observação directa

# **Anexo VI**

Planeamento da sessão 2 “Ser + Activo”

---





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

# **Projecto P'ró Activo**

**PLANEAMENTO DE:  
SESSÃO LECTIVA**

**Sessão 2 "Ser + Activo"**

**Data: 20-11-2009**

**Aluno:**  
Vanessa Monteiro



## **SESSÃO LECTIVA**

### **I - PLANEAMENTO**

#### **1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO** (caracterização do grupo)

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de  $\pm 6.55$  anos. Relativamente ao Sexo, 5 são homens (45%) e 6 são mulheres (55%). Dos participantes, 9 são casados (82%), 1 é viúvo (9%) e 1 é divorciado (9%). Quanto à escolaridade, 2 sabem ler e escrever (18%), 6 afirmam ter concluído o 1º ciclo do ensino básico (53%), o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 pessoa em cada categoria respectivamente (9% para cada categoria). A profissão predominante é a de doméstica ocupando 5 mulheres (46%). Existem 2 empresários (18%), 2 empregados da construção civil (18%), 1 carpinteiro (9%) e 1 professor do Ensino Secundário (9%).

#### **2. ESCOLHA DO TEMA**

Pessoas a conviver com diabetes necessitam de orientação para aprender como gerir a sua condição e serem responsabilizadas pelos seus cuidados diários com a diabetes, com vista à promoção da sua qualidade de vida. A gestão do regime terapêutico engloba a componente da actividade física, que apresenta fraca adesão, pelo que a Sessão 2 tem como tema: "Ser + Activo".

#### **3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS** (do formador)

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Sensibilizar os diabéticos tipo 2 inscritos no CSVRI para a importância do exercício físico para as pessoas com diabetes;
- Promover hábitos de actividade física/exercício físico;
- Abordar as complicações da diabetes e risco do exercício físico;
- Transmitir conhecimentos sobre precauções de segurança no exercício físico.

#### **4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

Selecionei os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

1. Actividade física
2. Importância do exercício regular na saúde
3. Importância do exercício para as pessoas com diabetes
4. Estratégias para ser mais activo
5. Barreiras à prática
6. Precauções de segurança

#### **5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)**

Metodologia expositiva - participativa, com recurso a projector multimédia, materiais para demonstrar exercícios simples em casa (pedómetro, saco de arroz, toalha, guarda-chuva, cadeira).

#### **6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo, espaço)**

A actividade decorrerá na biblioteca do CSVRI, dia 10 de Outubro de 2009, das 15.00 às 16.30 horas.

## 7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Feedback dado pela observação directa da população alvo, do feedback dado durante a sessão.

## II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A execução e avaliação serão realizadas pela aluna Vanessa Monteiro.

### Plano da Sessão

<b>Formador:</b> Vanessa Monteiro <b>Tema:</b> “Ser + Activo!” <b>Tempo:</b> 60’	<b>Grupo Destinatário:</b> Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes) <b>Local:</b> Biblioteca do CSVRI <b>Data:</b> 10-11-2009 <b>Hora:</b> 15.00 horas
--	---

### OBJECTIVOS:

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo2 sejam capazes de:

- Referir as vantagens da prática do exercício físico para as pessoas com diabetes;
- Identificar as complicações da diabetes e risco do exercício físico;
- Adquirir conhecimentos sobre precauções de segurança no exercício físico.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	15’	- Autovigilância da glicémia. - Enquadramento do tema. - Motivação.	- Pedir a cada participante que proceda à autovigilância da glicémia.  Método expositivo - participativo	Avaliação através de conversa informal
Desenvolvimento	30’	1. Actividade física 2. Importância do exercício regular na saúde 3. Importância do exercício para as pessoas com diabetes 4. Estratégias para ser mais activo 5. Barreiras à prática 6. Precauções de segurança	Partilha de experiências  Método expositivo e participativo PowerPoint  Mostra de alguns materiais para fazer exercícios em casa (ex: pedómetro, 1 Kg de arroz, toalha, guarda chuva, cadeira).  Brainstorming sobre as precauções de segurança.	Feedback dado pela população alvo - observação directa
Conclusão	15’	Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Lanche saudável	Método participativo Proporcionar um lanche saudável aos participantes no final da sessão.	Feedback dado pela população alvo - observação directa



## **Anexo VII**

Planeamento da sessão 3 “Da teoria à prática”

---





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

# **Projecto P'ró Activo**

**PLANEAMENTO DE:  
SESSÃO LECTIVA**

**Sessão 3 "Da Teoria à Prática"**

**Data: 13-11-2009**

**Aluno:**  
Vanessa Monteiro



# **SESSÃO LECTIVA**

## **I – PLANEAMENTO**

### **1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO** (caracterização do grupo)

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de  $\pm 6.55$  anos. Relativamente ao Sexo, 5 são homens (45%) e 6 são mulheres (55%). Dos participantes, 9 são casados (82%), 1 é viúvo (9%) e 1 é divorciado (9%). Quanto à escolaridade, 2 sabem ler e escrever (18%), 6 afirmam ter concluído o 1º ciclo do ensino básico (53%), o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 pessoa em cada categoria respectivamente (9% para cada categoria). A profissão predominante é a de doméstica ocupando 5 mulheres (46%). Existem 2 empresários (18%), 2 empregados da construção civil (18%), 1 carpinteiro (9%) e 1 professor do Ensino Secundário (9%).

### **2. ESCOLHA DO TEMA**

O tema desta sessão **“Da teoria à prática”** procura reflectir o espírito desta sessão. O espaço escolhido reflecte a tentativa de proporcionar uma sessão diferente, fora do Centro de Saúde, num ginásio inserido na comunidade, próximo do Centro De Saúde. Proporciona-se aos participantes a visita a um ginásio, um contexto facilitador da prática de exercício. Vestir o fato de treino e calçar as sapatilhas muda a rotina, evidencia uma predisposição para a mudança.

### **3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS** (do formador)

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Avaliar a capacidade para fazer exercício;
- Adequar o plano e padrão de exercício físico;
- Planear e realizar exercício físico;
- Transmitir informação sobre os recursos disponíveis na comunidade;
- Ensinar e instruir estratégias adaptativas para a prática do exercício físico.

#### **4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

Selecionei os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

*1. O exercício físico: sugestões para a prática*

*1.1. Capacidade para a prática*

*1.2. Adequação do plano e padrão*

*1.3. Recursos na comunidade*

*1.4. Estratégias adaptativas*

#### **5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)**

Metodologia expositiva-participativa, com recurso a projector multimédia e material para a prática de exercício físico.

## **6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo, espaço)**

A actividade decorrerá no ginásio do CIFOP (UTAD), dia 13 de Outubro de 2009 das 15.00 às 16.30 horas.

## **7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO**

Feedback dado pela observação directa da população alvo e feedback dado durante a sessão.

## **II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO**

A execução e avaliação serão realizadas pelo Professor Doutor Francisco Saavedra (docente da UTAD) em colaboração com a aluna.

### **Plano da Sessão**

<b>Formador: Professor Doutor Francisco Saavedra e Vanessa Monteiro</b> <b>Tema: “Ser + Activo!”</b> <b>Tempo: 60’</b>	<b>Grupo Destinatário:</b> Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes) <b>Local:</b> Ginásio do CIFOP (UTAD) <b>Data:</b> 13-11-2009 <b>Hora:</b> 15.00 horas
--	---

### **OBJECTIVOS:**

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo 2 sejam capazes de:

- Planear e realizar exercício físico;
- Conhecer os recursos disponíveis na comunidade;
- Identificar estratégias adaptativas para a prática do exercício físico;
- Adquirir conhecimentos sobre precauções de segurança no exercício físico.

<b>FASES</b>	<b>TEMPO</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<b>Introdução</b>	15'	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autovigilância da glicemia e pesquisa de corpos cetónicos.</li> <li>- Enquadramento da sessão.</li> <li>- Motivação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir a cada participante que proceda à autovigilância da glicemia.</li> <li>- Vigilância de corpos cetónicos (breve explicação sobre a importância desta avaliação).</li> </ul> <p>Método expositivo - participativo</p>	Avaliação através de conversa informal
<b>Desenvolvimento</b>	30'	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O exercício físico: sugestões para a prática.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita ao ginásio.</li> <li>- Projecção de filme</li> <li>- Avaliação da capacidade para fazer exercício;</li> <li>- Adequação do plano e padrão de exercício físico;</li> <li>- Demonstração de alguns exercícios, atendendo à capacidade física dos participantes</li> <li>- Apresentam-se os recursos disponíveis na comunidade para a prática de exercício físico.</li> </ul> <p>Partilha de experiências Método expositivo e participativo PowerPoint</p>	Feedback dado pela população alvo - observação directa
<b>Conclusão</b>	15'	<p>Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Lanche saudável</p>	<p>Método participativo Proporcionar um lanche saudável aos participantes no final da sessão.</p>	Feedback dado pela população alvo - observação directa

## **Anexo VIII**

Planeamento da sessão 4 “Pensar os alimentos”

---





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

# **Projecto P'ró Activo**

**PLANEAMENTO DE:  
SESSÃO LECTIVA**

**Sessão 4 "Pensar os Alimentos"**

**Data: 16-11-2009**

**Aluno:**

Jóni Madureira

Vanessa Monteiro



# **SESSÃO LECTIVA**

## **I - PLANEAMENTO**

### **1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO** (caracterização do grupo)

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de  $\pm 6.55$  anos. Relativamente ao Sexo, 5 são homens (45%) e 6 são mulheres (55%). Dos participantes, 9 são casados (82%), 1 é viúvo (9%) e 1 é divorciado (9%). Quanto à escolaridade, 2 sabem ler e escrever (18%), 6 afirmam ter concluído o 1º ciclo do ensino básico (53%), o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 pessoa em cada categoria respectivamente (9% para cada categoria). A profissão predominante é a de doméstica ocupando 5 mulheres (46%). Existem 2 empresários (18%), 2 empregados da construção civil (18%), 1 carpinteiro (9%) e 1 professor do Ensino Secundário (9%).

### **2. ESCOLHA DO TEMA**

O tema desta sessão “**Pensar os alimentos**” surgiu a pedido dos participantes. Na sessão 2 sugeriram englobar no projecto uma sessão dedicada à temática do regime alimentar. Neste sentido, em resposta a esta necessidade manifestada pelos participantes planeámos uma sessão interactiva.

### **3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS** (do formador)

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Transmitir conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis;
- Demonstrar porções e equivalências entre hidratos de carbono.

#### **4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

Selecionei os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

- Regras para praticar uma alimentação saudável: a nova roda dos alimentos;
- Hidratos de carbono simples e complexos;
- Porções e equivalências entre hidratos de carbono;
- Culinária saudável;
- Sopa;
- Consumo de sal;
- Bebidas alcoólicas;
- Adoçantes e produtos “especiais para diabéticos”.

#### **5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)**

Metodologia expositiva-participativa, com recurso a material para demonstração (produtos alimentares diversos, pratos, copos, chávenas, tigelas, colheres de diferentes medidas) e folhetos para consulta em casa.

## 6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo, espaço)

Esta sessão irá decorrer na Biblioteca do CSVRI das 15.00 às 16.00 horas.

## 7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Feedback dado pela observação directa da população alvo e feedback dado durante a sessão.

## II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

### Plano da Sessão

<b>Formador:</b> Jóni Madureira e Vanessa Monteiro <b>Tema:</b> “Pensar os alimentos” <b>Tempo:</b> 60’	<b>Grupo Destinatário:</b> Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes) <b>Local:</b> Biblioteca do Centro de Saúde <b>Data:</b> 16-11-2009 <b>Hora:</b> 15.00 horas
---	---

### OBJECTIVOS:

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo 2 sejam capazes de:

- Optar por refeições saudáveis;
- Conhecer porções e equivalências entre hidratos de carbono;
- Identificar estratégias para reduzir o consumo de sal.

<b>FASES</b>	<b>TEMPO</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>AValiaÇÃO</b>
<b>Introdução</b>	15'	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autovigilância da glicemia e pesquisa de corpos cetónicos.</li> <li>- Enquadramento da sessão.</li> <li>- Motivação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir a cada participante que proceda à autovigilância da glicemia.</li> </ul> <p>Método expositivo - participativo</p>	Avaliação através de conversa informal
<b>Desenvolvimento</b>	30'	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regras para praticar uma alimentação saudável: a nova roda dos alimentos;</li> <li>- Hidratos de carbono simples e complexos;</li> <li>- Porções e equivalências entre hidratos de carbono;</li> <li>- Culinária saudável;</li> <li>- Sopa;</li> <li>- Consumo de sal;</li> <li>- Bebidas alcoólicas</li> <li>- Adoçantes e produtos “especiais para diabéticos”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer aos participantes um folheto com a nova roda dos alimentos e promover o debate em torno dos grupos da roda: alimentos que fazem parte da roda e que não fazem parte, periodicidade de ingestão.</li> <li>- conversar sobre os diferentes modos de cozinhar, estratégias para reduzir o consumo de sal, bebidas alcoólicas, produtos especiais para diabéticos.</li> <li>- Demonstração das porções e equivalências.</li> </ul>	Feedback dado pela população alvo-observação directa
<b>Conclusão</b>	15'	<p>Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Lanche saudável</p>	<p>Método participativo Proporcionar um lanche saudável aos participantes no final da sessão.</p>	Feedback dado pela população-alvo; observação directa

# **Anexo IX**

Planeamento da I Feira da Diabetes

---





## I FEIRA DA DIABETES

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a diabetes é uma das causas de morte que registou dos mais importantes acréscimos na última década. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes engloba um conjunto de orientações estratégicas e intervenções propostas para Portugal no sentido da prevenção e controlo da doença. A grande probabilidade de ocorrência de complicações no doente Diabético faz com que a diabetes seja um dos *“problemas de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total e parcial durante o século XXI.”* (DGS, 2007, p.2). É de realçar que 2.687.698 portugueses, mais de um quarto da população, sofrem de diabetes ou de pré diabetes (DGS, 2009). Por outro lado, a cronicidade e morbilidade elevadas, associada a esta patologia, acarretam um grande investimento em cuidados de saúde.

No dia 14 de Novembro assinala-se o Dia Mundial da Diabetes, em homenagem ao nascimento do cientista Frederick Banting que conjuntamente com Best foi precursor da ideia que conduziu à descoberta da insulina.

Para que a diabetes ganhe destaque, a Federação Internacional da Diabetes incentiva a realização de centenas de actividades pelo mundo inteiro. O tema deste ano é “Diabetes: Prevenção e Educação”.

Assim sendo, no Largo da Capela Nova em Vila Real terá lugar a I Feira da Diabetes. Pretende-se divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus factores de risco, promovendo a adopção de estilos de vida saudáveis. As pessoas com diabetes terão actividades específicas, nomeadamente avaliação do pé diabético.



## I FEIRA DA DIABETES

<b>População Alvo</b>	- População em geral (com actividades específicas para pessoas com diabetes).			
<b>Objectivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar a população em geral informação sobre a diabetes e os seus factores de risco;</li> <li>- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis;</li> <li>- Conseguir avaliar o risco de vir a ter diabetes nos próximos 10 anos a 70% dos participantes.</li> <li>- Conseguir realizar todas as actividades previstas.</li> </ul>			
<b>Actividades</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Onde</b>	<b>Quando</b>
- Selecção da data e local para a Feira.	Jóni Vanessa	- Contactos telefónicos, via mail e presenciais com a CMVR para autorização do espaço e Exército para cedência de tenda.	- CMVR; - Quartel; - CS.	Início de Outubro
- Estabelecimento de parcerias e apoios.	Jóni Vanessa	- Reunião com empresas farmacêuticas, laboratórios para patrocínios	- CS; - Empresas.	Início de Outubro
- Divulgação da Feira	Jóni Vanessa	- Elaboração de Flyers; - Distribuição de Flyers; - Notícia No Jornal "A Voz de Trás-os-Montes"; - Contacto com a IDF para autorização do uso do logótipo e divulgação do evento no site	- CS; - Farmácias; - Lojas Comerciais; - Jornal; <a href="http://www.worlddiabetesday.org">www.worlddiabetesday.org</a>	2 Novembro - 14 Novembro
- Exposição de equipamentos para pessoas com diabetes	Empresa Intergerações	- Contactar empresas para mostrarem calçado, material para o autocuidado do pé.	- Tenda em Frente à Capela Nova	14 de Novembro (10-17 h)
- Rastreio do Risco de desenvolver diabetes	Vanessa Enfª Patrícia Enfª Sara Pele	- Aplicação do Questionário da DGS para avaliar o risco de desenvolver DM Tipo 2 nos próximos 10 anos.	-Tenda em Frente à Capela Nova	14 de Novembro (10-17h)
- Avaliação do pé diabético.	Jóni	- Vigilância do risco do pé diabético	-Unidade Móvel de Saúde	14 de Novembro (10-17h)

Indicadores	Metas
<p><b>Percentagem de pessoas com avaliação de risco de vir a ter diabetes nos próximos 10 anos</b></p> $\frac{n^{\circ} \text{ de pessoas com avaliação de risco FINDRISK}}{n^{\circ} \text{ de participantes}}$	70%
<p><b>Percentagem de actividades realizadas</b></p> $\frac{n^{\circ} \text{ de actividades realizadas}}{n^{\circ} \text{ de actividades planeadas}}$	100%

# **Anexo X**

Panfleteo da I Feira da Diabetes

---



# I FEIRA DA DIABETES



**14 NOVEMBRO DE 2009**

**LOCAL: FRENTE À CAPELA NOVA  
(10-17H)**

## ACTIVIDADES

- Vigilância do pé diabético
- Avaliação da Tensão Arterial, Peso, Altura, IMC, pesquisa de Glicemia Capilar
- Promoção de estilos de vida Saudáveis



# **ANEXO XI**

*Score de Risco FINDRISK*

---



## Avaliação do Risco de Diabetes tipo 2

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final

### 1. Idade

- 0 p. Menos de 45 anos
- 2 p. 45-54 anos
- 3 p. 55-64 anos
- 4 p. Mais de 64 anos

### 2. Índice de Massa Corporal

- 0 p. Menos de 25 kg/m<sup>2</sup>
- 1 p. 25-30 kg/m<sup>2</sup>
- 3 p. Mais de 30 kg/m<sup>2</sup>

### 3. Medida de cintura (normalmente ao nível do umbigo)

#### HOMENS

- 0 p. Menos de 94 cm
- 3 p. 94-102 cm
- 4 p. Mais de 102 cm

#### MULHERES

- 0 p. Menos de 80 cm
- 3 p. 80-88 cm
- 4 p. Mais de 88 cm

### 4. Pratica diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?

- 0 p. Sim
- 2 p. Não

### 5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

- 0 p. Todos os dias
- 1 p. Às vezes

### 6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicação para hipertensão arterial?

- 0 p. Não
- 2 p. Sim

### 7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

- 0 p. Não
- 5 p. Sim

### 8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

- 0 p. Não
- 3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)
- 5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

O Risco de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é:

<7 <b>Baixo</b> : calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença
7-11 <b>Sensivelmente elevado</b> : calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença
12-14 <b>Moderado</b> : calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença
15-20 <b>Alto</b> : calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença
>20 <b>Muito alto</b> : calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença



# **ANEXO XII**

Poster Gripe A

---



# Proteja-se das Infecções Virais Respiratórias!



✓ Lave frequentemente as mãos com água e sabão durante 60 segundos.



✓ Se tossir ou espirrar proteja a boca e o nariz com um lenço de papel de uso único ou use o antebraço.



✓ Se estiver doente, ponha uma máscara na presença de outra pessoa (disponível no Centro de Saúde).

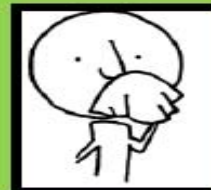


Ensaboe as unhas e as pontas dos dedos.

Ensaboe a palma das mãos.

Ensaboe entre os dedos.

Ensaboe as costas das mãos.



Para se assoar use lenços de papel de uso único. Lave sempre as mãos.

Em caso de dúvidas ligue  
LINHA SAÚDE 24: 808 24 24 24