



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

“Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

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

por

Ana Maria de Sousa Brites Ramos

PORTO, Abril 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório de Estágio

“Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

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

por

Ana Maria de Sousa Brites Ramos

Sob orientação de Professora Norminda Magalhães

PORTO, Abril 2012

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e decorrente do estágio realizado entre 27 de Abril de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012, na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, foi elaborado o presente relatório, o qual apresenta o percurso realizado ao longo dos três módulos de estágio, pretende demonstrar as competências adquiridas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e ainda ser a oportunidade de reflexão sobre todo o trabalho desenvolvido e o reconhecimento do que foi feito perante os imprevistos e os obstáculos encontrados.

A metodologia utilizada durante o estágio e para a elaboração deste relatório foi o Planeamento em Saúde, o qual percorre várias etapas, desde o diagnóstico de saúde até à avaliação da implementação dos projetos de intervenção comunitária.

No módulo I de estágio foi realizado o diagnóstico de saúde da população-alvo: utentes diabéticos das clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, identificando as principais necessidades em saúde, das quais se destaca a vigilância da glicemia capilar inadequada, a não adesão ao regime terapêutico (alimentação, exercício físico e regime medicamentoso), o comportamento de procura de saúde comprometido, a vigilância dos pés inadequada e a utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz.

Após a definição de prioridades, procedeu-se à elaboração do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, o qual focou a vigilância global de saúde. Obtiveram-se resultados relevantes, com 96% dos utentes presentes na AEPS a adquirirem conhecimentos sobre vigilância da glicemia capilar, 68% dos utentes convocados para vacinação antitetânica efetuaram pelo menos uma dose e dos utentes convocados para consulta de Enfermagem compareceram 26%.

Os módulos II e III visaram a implementação do projeto e a sua avaliação, bem como a vivência de outras experiências que possibilitaram uma visão mais ampla sobre o papel da Enfermagem nos cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Under the Master in Nursing with specialization in Community Nursing at the Health Sciences Institute of Portuguese Catholic University and as a consequence of the stage held between April 27, 2011 and February 4, 2012, in the Community Care Unit of Senhora da Hora, was elaborated this report, which shows the route taken over the three training modules, intending to demonstrate the skills acquired to the degree of Master in Nursing and still be an opportunity to reflect on all the work and recognition of what was done in face of unforeseen situations and obstacles encountered.

The methodology used during the stage and this report was the Health Planning, which goes through several stages, from diagnosis to the health assessment of the implementation of community intervention projects.

In the module I stage was conducted health diagnosis of the target population: diabetic users of private clinics and residents in the village of Senhora da Hora, identifying the main health needs, of which could be highlighted the inadequate monitoring of blood glucose monitoring, the non adherence to treatment regimen (diet, exercise and medication regimen), the health seeking behavior compromised, the inadequate monitoring of the feet and the use of community resources and sources of information ineffective.

After setting the priorities, it was prepared the community intervention project "Watch your diabetes ... Take care of yourself," which focused on global health surveillance. Relevant results were obtained, with 96% of users present in the AEPS acquiring knowledge on monitoring of blood glucose monitoring, 68% of those called to tetanus vaccination took at least one dose and 26% of users called for a Nursing consultation attended.

Modules II and III were intended to project implementation and its evaluation as well as the understanding of other experiences that have enabled a broader view on the role of nursing in primary health care.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Norminda Magalhães, minha orientadora, pelos conhecimentos e sabedoria que sempre me transmitiu, e que se revelaram tão importantes no desenrolar deste percurso.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora e da Unidade de Cuidados de Enfermagem, em especial à Enfermeira Raquel Azevedo, pela disponibilidade demonstrada e apoio permanente, o que permitiu o desenvolvimento favorável do estágio.

Aos utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora que prontamente colaboraram connosco e sem os quais não seria possível a concretização deste trabalho.

À minha chefia, Enfermeiro Rui Cruz por ter valorizado esta especialização e por me ter dado a flexibilidade necessária.

À Ana Sofia, pela amizade, partilha de trabalho e permanente incentivo.

À minha família, pela educação, amor e apoio incondicional que me deram.

Ao Rui, por todos os momentos...

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AEPS – Ação de Educação para a Saúde

CIVAS – Centro de Infância, Velhice e Acção Social

DM – Diabetes *Mellitus*

EEC – Especialização em Enfermagem Comunitária

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

UCE – Unidade de Cuidados de Enfermagem

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visitação Domiciliária

ÍNDICE GERAL

	Página
0 – INTRODUÇÃO	19
1 – ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	23
1.1 – Enquadramento do local de estágio.....	23
1.2 – Enquadramento da área de intervenção.....	25
1.3 – Diagnóstico de Saúde.....	26
1.3.1 – Apresentação e análise de resultados.....	32
1.3.2 – Definição de prioridades.....	41
1.4 – Projeto de Intervenção Comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”.....	44
1.4.1 – Análise crítica sobre a implementação do projeto.....	50
1.5 – Reflexão sobre outras experiências vivenciadas.....	52
2 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA	55
3 – CONCLUSÃO	63
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	71
Anexo I – Formulário de colheita de dados	
Anexo II – Projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”	
Anexo III – Planeamento da sessão de apresentação do Diagnóstico de Saúde	
Anexo IV – Planeamento da Ação de Educação para a Saúde sobre vigilância da glicemia capilar	
Anexo V – Planeamento de Visitação Domiciliária	
Anexo VI – Planeamento da Feira da Saúde: Dia Mundial da Diabetes	

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Distribuição da População Residente, 2001 e 2011.....	27
Quadro 2 – Indicadores de avaliação do Diagnóstico de Saúde.....	31
Quadro 3 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais das áreas em que necessita de ajuda.....	33
Quadro 4 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais dos cuidados com os pés.....	37
Quadro 5 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais da vigilância dos pés efetuada durante as entrevistas.....	38
Quadro 6 – Aplicação dos critérios do método de Hanlon.....	41
Quadro 7 – Aplicação dos critérios do método da Grelha de Análise.....	42
Quadro 8 – Indicadores de processo do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”.....	48
Quadro 9 – Indicadores de resultado do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”.....	49
Quadro 10 – Competências adquiridas no Módulo I.....	56
Quadro 11 – Competências adquiridas no Módulo II.....	58
Quadro 12 – Competências adquiridas no Módulo III.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 – Distribuição das frequências absolutas dos valores de IMC.....	32
Gráfico 2 – Distribuição das frequências absolutas dos valores da glicemia capilar em jejum.....	34
Gráfico 3 – Comparação da distribuição das frequências absolutas da ingestão semanal de peixe e carne.....	36

0 – INTRODUÇÃO

Cada percurso tem sempre um início, um ponto de partida, condicionado pelas vivências anteriores e expectativas.

Assim também a minha escolha pelo Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC) e o percurso efetuado foram condicionados pela minha experiência profissional e pela minha perceção do que é a Enfermagem.

Desde que terminei a licenciatura, exerci a minha atividade profissional na área da toxicod dependência, a qual sendo uma temática muito específica permitiu-me desenvolver competências com um enfoque particular. Mas ao mesmo tempo despertou a minha atenção para outras áreas, como a Enfermagem Comunitária.

Ao analisar as transformações ocorridas nos últimos anos na área da Saúde, parece-me que a Enfermagem poderá afirmar-se demonstrando a sua importância e o seu papel na obtenção de ganhos em saúde e consequente gestão mais eficaz dos recursos económicos, se optar por uma prática orientada para a comunidade, através da identificação dos principais problemas de saúde da comunidade, da vigilância e avaliação do estado de saúde da população, procurando assim promover a saúde e prevenir a doença.

Por outro lado, a crescente tendência para que os doentes crónicos se mantenham no seu domicílio, exige uma resposta mais eficiente por parte dos profissionais de saúde que desempenham as suas funções nos cuidados de saúde primários, pelo que os enfermeiros têm também aqui áreas de intervenção prioritárias como por exemplo o papel do prestador de cuidados, procurando deste modo desenvolver uma prática de Enfermagem baseada na comunidade.

Por conseguinte, a escolha por esta área de especialização em Enfermagem tornou-se óbvia, sendo a oportunidade de desenvolver conhecimentos e adquirir competências numa das áreas em que considero que a Enfermagem deve apostar e

mostrar a sua capacidade de fazer diferente, em prol da prestação de melhores cuidados de saúde.

Desta forma, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e decorrente do estágio realizado entre 27 de Abril de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012, na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH), foi elaborado o presente relatório, o qual faz referência ao trabalho desenvolvido com os utentes diabéticos das clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

Nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para o aparecimento de uma nova epidemia com proporções mundiais: as doenças crónicas, as quais afetam pessoas de todas as idades, nacionalidades e classes sociais. Estas são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes em todo o mundo, sendo que o número de mortes provocado por doenças crónicas é o dobro relativamente às mortes que resultam de doenças infecciosas, condições precárias na assistência aos partos e cuidados neonatais e malnutrição (Daar, 2007).

Este problema tem um forte impacto na qualidade de vida das populações, além de efeitos adversos na economia. A título de exemplo, calcula-se que a China perderá 558 biliões de dólares durante os próximos 10 anos, devido às mortes prematuras provocadas pelas doenças crónicas (OMS, 2005).

Assim, a diabetes *mellitus* (DM) foi reconhecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas como uma doença crónica, debilitante e com muitos custos, quer em termos de saúde individual quer em termos de saúde pública (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

As estimativas mais recentes indicam que no ano 2000 existiam cerca de 171 milhões de diabéticos em todo o mundo e projetam que este número aumente para 366 milhões em 2030. Estes dados revelam-se alarmantes, face ao risco elevado de desenvolvimento de complicações associadas à diabetes, as quais são uma causa importante na diminuição da qualidade de vida e aumento das taxas de morbilidade e mortalidade (OMS, 2006).

Em Portugal, segundo os dados do Observatório Nacional da Diabetes (OND), a taxa de prevalência da diabetes, na população com idades entre os 20 e os 79 anos, no

ano de 2010, foi de 12,4%, o que corresponde a cerca de 991 mil indivíduos. Realça-se que mais de um quarto da população portuguesa com idades entre os 60 e 79 anos tem diabetes.

Tal como já foi referido, a DM assume um papel importante nas causas de morte, verificando-se que em Portugal tem aumentado ligeiramente a sua influência entre 2000 e 2010. Assim, em 2010, 4,5% dos óbitos ocorridos apresentavam como causa de morte a DM, contra 3% no ano 2000 (OND, 2012).

Realça-se ainda os encargos económicos que uma doença crónica como a DM implica. A título de exemplo, nos últimos 10 anos, o custo médio das embalagens de medicamentos para a DM, duplicou o seu valor. Sendo que a despesa do SNS com esta mesma medicação, mais do que duplicou a sua representatividade no custo total dos medicamentos em ambulatório, entre 2003 e 2010 (OND, 2012).

O OND alerta ainda para os custos do tratamento da diabetes, que em 2010 foi de cerca de 1.850 milhões de euros, o que representa 1% do PIB português (OND, 2012).

A metodologia utilizada durante o estágio e para a elaboração deste relatório foi o Planeamento em Saúde preconizado por Imperatori e Giraldes (1993), o qual percorre várias etapas, desde o diagnóstico de saúde até à avaliação da implementação dos projetos de intervenção comunitária.

Os objetivos deste relatório são:

- descrever o percurso realizado no decorrer do estágio;
- analisar criticamente as estratégias e atividades desenvolvidas;
- refletir sobre as competências adquiridas e/ou desenvolvidas.

O relatório encontra-se dividido em dois capítulos, sendo que o primeiro é referente ao Estágio de EEC, subdividindo-se em vários pontos. O primeiro ponto apresenta o enquadramento do local de estágio e da área de intervenção. O ponto seguinte é alusivo ao diagnóstico de saúde, apresentando sucintamente as várias etapas percorridas e colocando um maior enfoque na apresentação e análise de resultados.

De seguida, são referidos os métodos utilizados para a definição de prioridades e o projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, o qual foi elaborado numa das áreas prioritárias que emergiram da priorização dos problemas de saúde identificados.

Os pontos seguintes apresentam uma análise crítica sobre a implementação do projeto e a reflexão sobre outras experiências vivenciadas que não se encontravam enquadradas no projeto.

O segundo capítulo é referente à aquisição de competências e análise crítica de todo o trabalho desenvolvido ao longo dos três módulos de estágio, focando os aspetos positivos e negativos identificados no final de cada módulo.

A realização deste relatório assumiu-se como uma oportunidade de reflexão extremamente importante, pois só analisando o trabalho desenvolvido, será possível perceber a necessidade de mudança, quer ao nível das estratégias utilizadas, quer ao nível dos comportamentos e atitudes. Tal como Donald Schön refere, cada profissional aprende a partir da análise e interpretação do seu próprio desempenho (Vasconcelos, 2000), o que permitirá modificar e melhorá-lo no futuro, através da identificação de erros e desenvolvimento de novas soluções.

Por outro lado, se permanentemente a nossa prática implica reflexão, a análise escrita permite que a mesma seja mais consciente e por isso se obtenham melhores resultados no futuro, já que a reflexão num âmbito abstrato, não permite a sua releitura nem um ato reflexivo tão cuidado.

A reflexão como processo de relembrar as atividades desenvolvidas, as atitudes e comportamentos demonstrados e os sentimentos experienciados, conduz a um ato de autoavaliação, essencial para o reconhecimento da necessidade de mudança e busca de novas soluções, que potenciam o crescimento pessoal e profissional.

1 – ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O estágio de Enfermagem Comunitária que se desenvolve após as unidades curriculares de cariz teórico, engloba:

- Módulo I: compreende o diagnóstico de saúde de uma comunidade, com objetivo de elaborar um diagnóstico de situação de saúde, numa comunidade específica, definindo-se no final as principais necessidades em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). A população-alvo selecionada foi os utentes diabéticos das clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

- Módulo II: integra a implementação e avaliação de projetos de intervenção comunitária aos cinco níveis de prevenção, de acordo com as necessidades detetadas e com predominância na área de saúde comunitária. Assim, após a elaboração do diagnóstico de saúde da população-alvo, foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária que dá nome a este relatório: “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”.

- Módulo III: sendo opcional, este deu continuidade ao projeto de intervenção comunitária cuja implementação se iniciou no módulo II. Além disso, desenvolveram-se outras atividades que foram uma mais-valia ao nível da aquisição e desenvolvimento de competências, sobretudo tendo em conta que não tenho experiência profissional em cuidados de saúde primários.

Este capítulo compreende um enquadramento do local de estágio e área de intervenção, todo o processo de planeamento em saúde: o diagnóstico de saúde e a implementação do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, e ainda uma reflexão sobre outras experiências que foram vivenciadas.

1.1 – Enquadramento do local de estágio

O estágio decorreu na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM), a qual é uma entidade pública empresarial, criada pelo Decreto-Lei nº 233/2005, de 29

de Dezembro, com sede em Matosinhos. A ULSM está integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde.

A ULSM é constituída pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos, Hospital Pedro Hispano e Unidade de Convalescença.

O ACES da ULSM agrupa as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e S. Mamede Infesta, assim como a Unidade de Saúde Pública de Matosinhos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes.

Mais especificamente, o estágio teve lugar na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Senhora da Hora, a qual se integra no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

O Centro de Saúde da Senhora da Hora integra as respetivas unidades funcionais de prestação de cuidados:

- USF – Unidade de Saúde Familiar Lagoa;
- USF – Unidade de Saúde Familiar Caravela;
- UCE – Unidade de Cuidados de Enfermagem;
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

Atualmente, o Centro de Saúde da Senhora da Hora possui 53.845 utentes inscritos, dos quais 14.756 pertencem a sete Médicos da Convenção com apoio de Enfermagem e Administrativo no centro de saúde. Os cerca de 2.213 utentes sem médico são atendidos na Consulta de Recurso pois, como requerem serviços de medicina privada, não necessitam de médico de família, recorrendo ao centro de saúde apenas em ocasiões pontuais.

Na área do centro de saúde existem 3 clínicas privadas adstritas ao mesmo que prestam somente serviços médicos aos utentes, sendo os cuidados de enfermagem prestados no centro de saúde, mais especificamente na UCE.

“A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” (Plano de Ação UCCSH, 2010, p.12). Tem como área de influência: Senhora da Hora, Guifões e Custóias.

Os recursos humanos da UCCSH compreendem enfermeiros especialistas em várias áreas (Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Materna), enfermeiro pós-graduado em Cuidados Paliativos, médicos especialistas em Saúde Familiar, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social e assistentes operacionais e técnicos.

1.2 – Enquadramento da área de intervenção

A área de intervenção do estágio tem em consideração o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, uma vez que o plano correspondente aos anos 2011-2016 se encontra em elaboração. A escolha desta temática surgiu ainda da proposta dos profissionais da UCCSH, uma vez que desconheciam as necessidades em saúde de uma parte específica da população: utentes diabéticos das clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

A seleção desta população é justificada pelos dados epidemiológicos. A DM apresenta um crescimento em todas as regiões do mundo, com maior prevalência na faixa etária acima dos 45 anos. A tendência portuguesa acompanha a mundial, com aumento da prevalência: 8,2% em 2007 e uma projeção de 9,8% em 2025 (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

O 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006) refere que a DM é uma das doenças crónicas com valores de prevalência superiores na região Norte, relativamente ao Continente. Realça-se ainda que na comparação dos resultados do 3º (1998/1999) e 4º Inquéritos Nacionais de Saúde observa-se um aumento da percentagem da população residente com DM e hipertensão em quase todos os grupos etários, com destaque para a

população com idade superior a 55 anos (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009).

Neste sentido, o Perfil Local de Saúde 2009 da ULSM demonstra a importância de atuação nesta área, pois refere que na taxa de mortalidade padronizada pela idade por causas específicas, destacam-se ainda pela negativa, o tumor maligno do cólon e reto, a diabetes e a doença isquémica do coração.

1.3 – Diagnóstico de Saúde

A área de intervenção durante o estágio, tal como foi apresentada anteriormente, teve em consideração os dados epidemiológicos, assim como a experiência dos profissionais da UCCSH, que perceberam a necessidade da realização do Diagnóstico de Saúde na população selecionada, uma vez que os problemas em saúde dos utentes diabéticos dos outros territórios que integram a área geográfica abrangida pelo Centro de Saúde da Senhora da Hora (Guifões e Custóias) já tinham sido objeto de atenção em anos anteriores.

O Diagnóstico de Saúde é definido como a primeira fase do planeamento em saúde, pelo que após o seu término deverá ser possível definir-se as principais necessidades em saúde da comunidade abordada. De forma que os dados obtidos sejam o reflexo da realidade, o diagnóstico de saúde deve ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto, rápido e claro (Tavares, 1992).

Apresenta-se de seguida, os vários passos percorridos para a execução do Diagnóstico de Saúde, que foram: caracterização da comunidade, determinação da população-alvo, definição de objetivos, colheita de dados, indicadores de avaliação e análise dos resultados.

Caracterização da comunidade

Como já referido, o estágio decorreu na UCC da Senhora da Hora, a qual está integrada no concelho de Matosinhos, e tem como área de influência o correspondente à área geográfica de actuação do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

Matosinhos é uma cidade pertencente ao distrito do Porto, na Região Norte e Sub-região do Grande Porto e sede de um município com 62,3Km². O Município de Matosinhos administrativamente está subdividido em 10 freguesias: Matosinhos, Leça da Palmeira, Leça do Balio, Senhora da Hora, Lavra, Perafita, Santa Cruz do Bispo, Guifões, Custóias e S. Mamede de Infesta.

De acordo com os dados preliminares do Censos 2011, a população do município de Matosinhos aumentou em 7.905 habitantes (mais 4,12%), face aos dados do Censos 2001 (Quadro 1). A freguesia da Senhora da Hora destaca-se como a freguesia com maior crescimento populacional do concelho. Verificou-se ainda que existe um aumento no número de famílias e alojamentos.

Quadro 1 - Distribuição da População Residente, 2001 e 2011

	População Residente	
	2001	2011
Matosinhos	167.026	175.478
Senhora da Hora	26.543	27.747

Fonte: INE – Censos 2001 e 2011

A taxa de natalidade tem diminuído ao longo dos anos em Matosinhos, assim como se tem verificado no Grande Porto e no norte do país.

A taxa de mortalidade infantil tem também decrescido ao longo do tempo, influenciada pela evolução tecnológica e científica com melhor acompanhamento das grávidas e recém-nascidos e uma assistência médica cada vez mais eficaz, resultando de uma aposta clara na melhoria dos cuidados de saúde à população, assim como das condições socioeconómicas e sanitárias.

Quanto à taxa de mortalidade geral, tem-se verificado uma diminuição da mesma. Analisando a taxa de mortalidade específica, verificamos que as principais causas de morte no concelho de Matosinhos são as doenças cardiovasculares e neoplasias, valores que são transversais a todo o país.

No concelho de Matosinhos, ainda se verifica uma taxa de analfabetismo de 5,2%. Além disso cerca de 69% da população tem um nível de instrução inferior ao ensino secundário.

A freguesia da **Senhora da Hora** situa-se a 4Km de Matosinhos e a 5Km do centro da cidade do Porto e tem uma área de 3,80 km². Oferece à população residente vários equipamentos sociais, nomeadamente na área da educação, saúde, ação social, desporto, transportes e comunicações.

Relativamente ao sector económico, o Recenseamento Geral da População e da Habitação de 2001 revelou que eram 78.877 as pessoas residentes no concelho de Matosinhos que se encontravam a trabalhar, valor superior ao registado no mesmo recenseamento realizado em 1991, em que se registaram 70.763 pessoas empregadas.

Considerando este aumento, a atividade económica do concelho nas últimas décadas, caracterizou-se por um crescimento dos ativos no sector terciário, ao mesmo tempo que decresceram no sector primário e secundário (Diagnóstico Social do concelho de Matosinhos, 2005). Desta forma, atualmente o sector com maior peso em Matosinhos é o sector terciário (67,21%), superando os valores da região Norte e do país (Câmara Municipal de Matosinhos, 2006).

Especificamente na freguesia da Senhora da Hora, o sector comercial assume hoje grande importância na economia da freguesia, a qual dispõem de hipermercados, centros comerciais, estabelecimentos de restauração, diversas pequenas e médias superfícies ligadas aos sectores do calçado, vestuário, mobiliário, ramo automóvel, confeitaria e panificação, construção, informática, desporto, estética e beleza (CIVAS, 2010).

Os dados do Instituto de Emprego e Formação Profissional referem um aumento do desemprego registado, entre 2004 e 2011. Em Dezembro de 2004, 9.592 pessoas estavam inscritos no Centro de Emprego de Matosinhos, enquanto no mesmo mês de 2011 eram 10.194 (IEFP, 2004 e 2011).

Considerando a questão ambiental, no concelho de Matosinhos, em 2008, 99% da população estava servida por sistemas de abastecimento de água, contudo em 2005, a população abrangida era de 100%. No mesmo ano, o consumo de água foi de 97 m³ por habitante. Ainda considerando os anos de 2005 e 2008, a percentagem de população

abrangida por estações de tratamento de águas residuais em Matosinhos subiu de 70% no ano de 2005 para 89% em 2008 (INE, 2010).

Determinação da população-alvo

O Diagnóstico de Saúde foi dirigido face à necessidade de caracterizar os utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora, procurando a identificação dos problemas em saúde que requeriam intervenção.

Assim, a população-alvo consistiu nos utentes com diagnóstico de DM, inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora. Inicialmente n=196, contudo, aplicando os critérios de inclusão obteve-se n=190.

Definiram-se como critérios de inclusão:

- ✓ Apresentar diagnóstico de Diabetes *Mellitus*;
- ✓ Ser residente na freguesia da Senhora da Hora;
- ✓ Ser utente das clínicas privadas da Senhora da Hora.

Definição de objetivos

O objetivo geral do Diagnóstico de Saúde foi:

- Elaborar o diagnóstico de saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora.

Os objetivos específicos, definidos de acordo com as fases do Diagnóstico de Saúde (planeamento e execução), foram:

Planear o diagnóstico de saúde:

- Definir a área programática;
- Especificar os objetivos;
- Elaborar cronograma de atividades;
- Identificar e caracterizar a comunidade;

- Selecionar as variáveis/indicadores;
- Determinar a população ou amostra;
- Selecionar fontes de informação;
- Selecionar e elaborar o instrumento de recolha de dados;
- Prever representação dos dados;
- Prever recursos.

Executar o diagnóstico de saúde

- Realizar a colheita dos dados;
- Organizar e tabular os dados;
- Analisar e interpretar os dados;
- Efetuar a representação dos dados;
- Determinar as necessidades reais/ problemas de saúde da população estudada.

Colheita de dados

A colheita de dados foi realizada no período compreendido entre os dias 16 e 31 de Maio de 2011, através da aplicação de um formulário (Anexo I), preenchido pelas investigadoras nos domicílios dos utentes.

O formulário utilizado foi aprovado previamente pela Comissão de Ética da ULSM. Foi também anteriormente construído e utilizado num estudo semelhante mas dirigido aos utentes de outra freguesia da área de influência da UCCSH, pelo que não se sentiu necessidade da realização de pré-teste.

Todos os utentes da população inicial foram contactados via telefone previamente pelas investigadoras, no sentido de informar da realização do estudo e obter o seu consentimento.

A estratégia selecionada para a colheita de dados foi a Visitação Domiciliária (VD). A amostra, considerada de conveniência, foi constituída por 63 indivíduos.

Indicadores de avaliação

Apresenta-se de seguida os indicadores de avaliação delineados para o Diagnóstico de Saúde, as metas e os resultados obtidos (Quadro 2).

Quadro 2 – Indicadores de avaliação do Diagnóstico de Saúde

Indicadores de avaliação	Construção	Meta	Resultado
% de contactos telefónicos prévios	$\frac{N^{\circ} \text{ contactos efetivos}}{N^{\circ} \text{ tentativas contactos}} \times 10^2$	60%	62%
% de VD efetuadas	$\frac{N^{\circ} \text{ VD efetuadas}}{\text{População total}} \times 10^2$	45%	67%
% de VD efetivas	$\frac{N^{\circ} \text{ VD efetivas}}{N^{\circ} \text{ VD efetuadas}} \times 10^2$	40%	49%
% de respostas ao formulário	$\frac{N^{\circ} \text{ respostas ao formulário}}{\text{População total}} \times 10^2$	40%	33%

A população-alvo inicial (N=190) foi contactada via telefone, tendo sido detetados 30 utentes com números errados, não atribuídos ou sem número. Não atenderam ao telefonema 63 pessoas, pelo que o número de contactos efetivos foi de 103 (62%).

Foram efetuadas 128 VD, com o resultado de 67% no indicador de avaliação (Quadro 2). Destas 128 VD apenas conseguimos concretizar com resposta ao formulário 63, o que corresponde a uma taxa de VD efetivas de 49%.

Assim, relativamente aos indicadores previamente estabelecidos, concluímos que foram atingidos e ultrapassados com sucesso em quase todos. A meta estabelecida para o indicador de avaliação “Percentagem de respostas ao formulário” não foi

alcançada, apesar do elevado número de VD realizadas, pois cerca de metade dos utentes não se encontravam no domicílio aquando da visitação.

1.3.1 – Apresentação e análise de resultados

Após a análise dos dados, podemos inferir as conclusões que se apresentam de seguida. Estas encontram-se agrupadas em grupos-chave, de forma a possibilitar que a definição de prioridades seja exequível, pois o elevado número de problemas identificados tornava a sua priorização extremamente complexa e no final, provavelmente revelar-se-ia pouco útil.

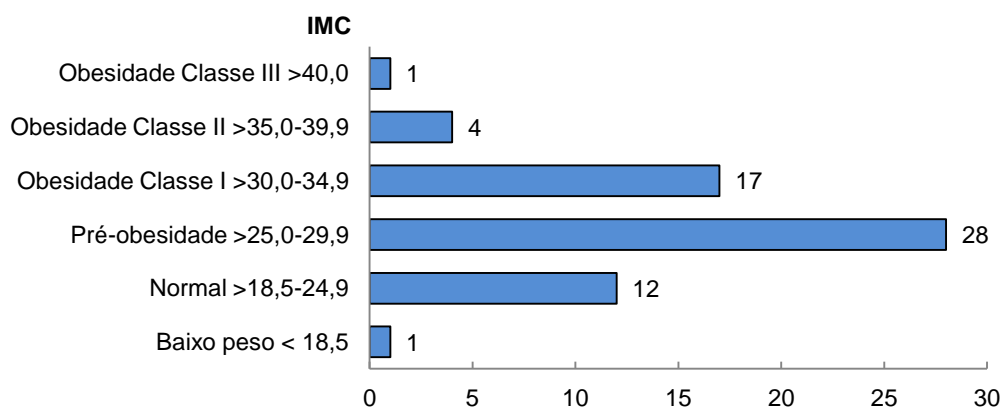
A amostra é constituída por 63 participantes, que se distribuem por 31 do sexo feminino e 32 do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre os 32 anos e os 85 anos, com uma média de 63 anos.

Quanto às **alterações fisiopatológicas**, verificou-se que:

- Peso corporal: média de 75,37Kg, com desvio-padrão de 10,65;

- IMC: média de 28,48, com desvio-padrão de 4,24. Assim, a maior frequência absoluta do valor de IMC situa-se na pré-obesidade (n=28), tal como se verifica no gráfico 1;

Gráfico 1 – Distribuição das frequências absolutas dos valores de IMC



- Perímetro abdominal: 78,2% dos homens apresentam valores > 94cm, 96,8% das mulheres apresentam valores > 80cm;
- Valores de tensão arterial $\geq 130/80$ mmHg em 58,7% da amostra;
- 92,1% têm patologias associadas;
- 39,7% referem apresentar complicações decorrentes da diabetes e 14,3% não sabe se as possui.

Relativamente ao **regime terapêutico**:

- 54% da amostra refere necessitar de ajuda na gestão do regime terapêutico, dos quais 55,9% recebem ajuda na alimentação, 14,7% ao nível da vigilância da glicemia capilar e 11,8% na toma de medicação oral (Quadro 3).

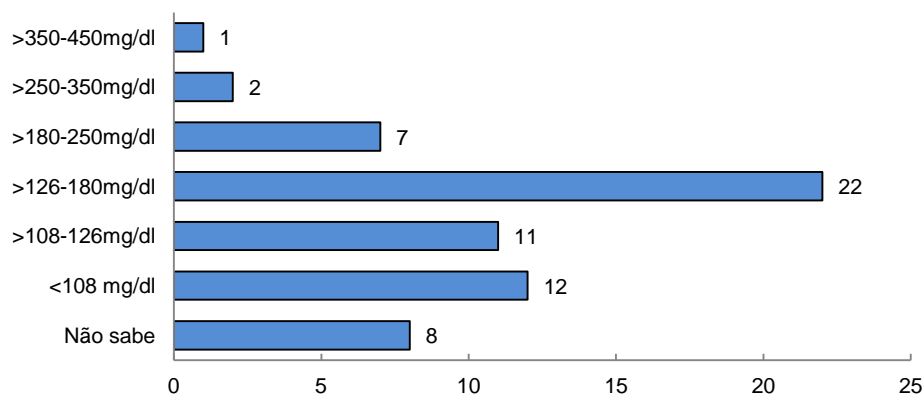
Quadro 3 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais das áreas em que necessita de ajuda

Áreas em que necessita de ajuda	N	%
Alimentação	19	55,9
Vigilância da glicemia capilar	5	14,7
Toma de medicação oral	4	11,8
Medicação injetável	2	5,9
Vigilância dos pés	2	5,9
Outras	2	5,9

Considerando a **vigilância da glicemia capilar**, verificaram-se:

- Valores de glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl em 50,8% da amostra e 12,7% desconhece o valor de glicemia em jejum. No gráfico 2, podemos observar as frequências absolutas dos valores da glicemia capilar em jejum referidos pela amostra.

Gráfico 2 – Distribuição das frequências absolutas dos valores da glicemia capilar em jejum



Questionou-se ainda a amostra sobre:

- Valores de glicemia pós-prandial ≥ 140 mg/dl em 20,6% da amostra e 63,5% desconhece o valor de glicemia pós-prandial;

- Valores de glicemia pré-prandial ≥ 135 mg/dl em 11,2% da amostra e 76,2% desconhece o valor de glicemia pré-prandial;

- 49,2% da amostra desconhece o valor de referência da hipoglicemia, 39,7% desconhece o valor de referência da hiperglicemia, 36,5% desconhece o valor de referência da glicemia em jejum e 54% desconhece o valor de referência da glicemia pós-prandial;

- 14,3% não sabe o que fazer ou não faz nada perante um episódio de hipoglicemia;

- 46% não sabe o que fazer ou não faz nada perante um episódio de hiperglicemia;

- 7,9% não faz vigilância da glicemia capilar;

- 10,3% não faz nenhuma vez por semana a vigilância da glicemia capilar;

- 70,7% dos indivíduos da amostra executa a picada para monitorização da glicemia capilar na extremidade central dos dedos;

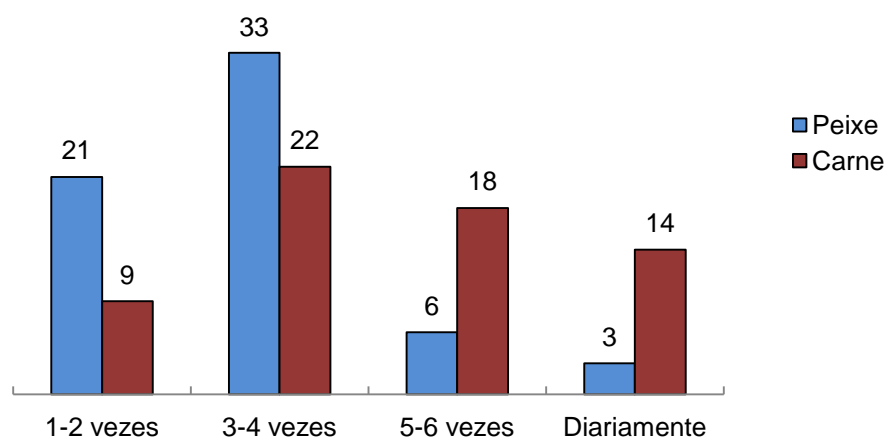
- 19% não alterna o local de picada para monitorização da glicemia capilar.

Reconhecendo a **alimentação** como uma área extremamente importante do regime terapêutico, verificou-se que:

- 73% da amostra não faz 6 refeições diárias;
- O intervalo entre refeições é superior a 3 horas em 66,7% da amostra;
- O intervalo noturno em jejum superior a 8 horas está presente em 87,3% da amostra;
- 33,4% não ingere vegetais ou só o faz às vezes;
- 57,1% não comem sopa ou só comem às vezes;
- 71,2% afirma colocar na sopa legumes e batata ou legumes, batata, massa/arroz;
- 9,5% da amostra não consome fruta e 17,5% apenas ingere uma peça de fruta por dia;
- 60% dos utentes nunca acompanha a ingestão de fruta com hidratos de carbono, quando o faz fora das principais refeições e 20% só o faz às vezes;
- 34,9% refere ingerir todo o tipo de comida.

De seguida, apresentamos o gráfico 3 que compara a ingestão de peixe e carne durante a semana. Verificámos que 33 (52,4%) pessoas comem peixe 3-4 vezes por semana, em contraposição, 22 (34,9%) referem comer carne.

Gráfico 3 – Comparação da distribuição das frequências absolutas da ingestão semanal de peixe e carne



Ainda relativamente à alimentação:

- 38,1% ingere carnes vermelhas com maior frequência;
- 27% ingere menos que 500ml de água/líquidos por dia;
- 30,1% ingere bolos todos os dias, algumas vezes por semana ou algumas vezes por mês;
- 30,2 % da amostra refere ter dificuldade em seguir a dieta recomendada, sendo que o motivo principal apontado é a falta de motivação.

Tendo em conta que o **exercício físico** é outra área major do regime terapêutico:

- 28,6% referem que as patologias associadas interferem com a prática de exercício físico;
- 20,6% da amostra não reconhece vantagens na prática de exercício físico para o tratamento da diabetes;
- 47,6% da amostra não pratica exercício físico, sendo o motivo mais referido a falta de motivação (43,3%).

Quanto ao **regime medicamentoso**:

- da amostra estudada, 13 indivíduos têm prescrição de insulina, sendo que 23,1% não alterna o local de administração.

Ainda na gestão do regime terapêutico engloba-se a **vigilância dos pés**:

- 23,8% da amostra não faz autovigilância do pé, sendo que destes 53,3% refere não o considerar importante.

Pelos dados apresentados no quadro 4 observa-se que 59 (93,7%) utentes mencionaram como principal cuidado com os pés lavar regularmente e secar bem entre os dedos.

Quadro 4 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais dos cuidados com os pés

Cuidados com os pés	N	%
Lava regularmente os pés, secando bem entre os dedos	59	93,7
Inspeciona os pés diariamente, incluindo a área entre os dedos	53	84,1
Corta as unhas a direito	48	76,2
Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene	39	61,9
Aplica creme hidratante nos pés	34	54,0
Usa meias com a costura para fora ou sem costura	33	52,4
Calça sapatos sem meias	29	46,0
Usa fontes de calor para aquecer os pés	20	31,7
Lima as unhas com lima de cartão	19	30,2
Anda descalço	11	17,5
Usa palmilhas ou suportes plantares	11	17,5
Usa calçadas	6	9,5

Verifica-se também que para a maioria da amostra os principais comportamentos preventivos são: inspecionar diariamente os pés 53 (84,1%), cortar as unhas a direito 48 (76,2%) e verificar a temperatura da água antes dos cuidados de higiene 39 (61,9%).

Por outro lado, identificaram-se comportamentos inadequados, como o uso de sapatos sem meias 29 (46%), utilizar fontes de calor para aquecer os pés 20 (31,7%) e andar descalço 11 (17,5%), os quais são fatores que podem contribuir para o aumento do risco de ulceração dos pés.

Quando questionados acerca da vigilância anual dos seus pés por um profissional de saúde, a maioria dos utentes 49 (79,4%) refere que não o faz.

Ao ser efetuada a vigilância dos pés no momento da entrevista, observou-se (Quadro 5) que apenas 40 (63,5%) utentes usam calçado adequado, 20 (31,7%) apresentam deformação ou proeminências óssea, 35 (55,6%) apresenta queratoses, 26 (41,3%) tem micoses, 9 (14,3%) apresentam perda mobilidade articular, 10 (15,9%) tem ou teve úlcera e 1 sofreu amputação.

Quadro 5 – Distribuição das frequências absolutas e percentuais da vigilância dos pés efetuada durante as entrevistas

Vigilância dos pés efetuada durante as entrevistas	N	%
Usa calçado adequado	40	63,5
Apresenta queratoses	35	55,6
Apresenta micoses	26	41,3
Apresenta deformação ou proeminência óssea	20	31,7
Úlcera anterior ou atual	10	15,9
Apresenta perda de mobilidade articular	9	14,3
Amputação	1	1,6

Foi ainda possível verificar que:

- 28,6% com alterações ao nível dos pulsos periféricos;
- 14,3% sem sensibilidade protetora;
- 9,5% com temperatura diminuída;

- 23,8% apresenta risco aumentado de ulceração, de acordo com o sistema de classificação do risco de ulceração dos pés do *International Working Group on Diabetic Foot* (1999) referido por Macedo et al (2010).

Considerando os **comportamentos de procura de saúde**, os dados obtidos demonstraram que:

- 34,9% da amostra não está vacinada ou desconhece o seu estado vacinal relativamente à vacina antitetânica;

- 60,3% não vai a consulta de oftalmologia anualmente;

- 12,7% não faz colheita de sangue anualmente.

Quanto aos **recursos e fontes de informação**:

- Só 1,6% da amostra recorre ao seu enfermeiro de família para vigilância da sua diabetes;

- 81% não conhece o seu enfermeiro de família;

- 95,2% nunca participaram em Ação de Educação para a Saúde (AEPS);

- 52,4% referem o médico como fonte de informação sobre a diabetes.

Perante os dados obtidos, podemos concluir que os principais problemas de saúde identificados na amostra estudada são:

- **Alterações fisiopatológicas associadas à DM** (39,7% dos utentes referem apresentar complicações decorrentes da diabetes e 14,3% não sabe se as possui);
- **Vigilância da glicemia inadequada** (50,8% da amostra apresenta valores ≥ 126 mg/dl de glicemia em jejum; 49,2% desconhece o valor de referência da hipoglicemia e 54% dos utentes desconhece o valor de referência da glicemia pós-prandial);

- **Adesão ao regime dietético comprometida** (30,2 % dos utentes refere ter dificuldade em seguir a dieta recomendada, 66,7% da amostra recebe ajuda na gestão do regime alimentar e 60% dos utentes nunca acompanha a ingestão de fruta com hidratos de carbono, quando o faz fora das principais refeições);
- **Adesão ao regime de exercício comprometida** (47,6% da amostra não pratica exercício físico);
- **Adesão ao regime medicamentoso comprometida** (11,8% dos utentes necessita de ajuda na toma de medicação oral);
- **Vigilância dos pés inadequada** (23,8% da amostra não faz autovigilância do pé, 79,4% dos utentes refere que não faz vigilância anual dos seus pés por um profissional de saúde e 23,8% apresenta risco aumentado de ulceração);
- **Comportamento de procura de saúde comprometido** (34,9% da amostra não está vacinada ou desconhece o seu estado vacinal relativamente à vacina antitetânica);
- **Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz** (81% da amostra não conhece o seu enfermeiro de família).

1.3.2 – Definição de prioridades

A **definição de prioridades** surge como a segunda etapa do planeamento em saúde. Assim, após a identificação dos problemas de saúde, realizada na etapa anterior, a definição de prioridades pretende hierarquizá-los. Torna-se fundamental que estes sejam comparáveis, quer ao nível da sua natureza, quer ao nível do seu grau de abstração (Imperatori & Giraldes, 1993).

De forma a seguir um caminho o mais objetivo possível para a definição de prioridades, foi escolhido o *método de Hanlon*, e nos casos de empate entre os problemas, utilizou-se o *método da Grelha de Análise*, sugeridos por Tavares (1992).

Seguidamente, apresenta-se o Quadro 6, onde se pode visualizar a aplicação dos quatro critérios preconizados pelo *método de Hanlon*, a cada um dos problemas identificados.

Quadro 6 – Aplicação dos critérios do *método de Hanlon*

Problema	<i>Amplitude</i>	<i>Gravidade</i>	<i>Eficácia</i>	<i>Exequibilidade</i>	<i>Valor de prioridade (A+B)CxD</i>	<i>Ordem de prioridade</i>
P1. Alterações fisiopatológicas associadas à DM	10	9	0,5	1	9,5	8°
P2. Vigilância da glicemia inadequada	8	7	1,5	1	22,5	1°
P3. Adesão ao regime dietético comprometida	8	8	0,9	1	14,4	4°
P4. Adesão ao regime de exercício comprometida	8	8	0,6	1	9,6	7°
P5. Adesão ao regime medicamentoso comprometida	8	8	1	1	16	2°
P6. Vigilância dos pés inadequada	8	10	0,8	1	14,4	4°
P7. Comportamentos de procura de saúde comprometido	8	7	1	1	15	3°
P8. Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz	10	6	0,7	1	11,2	6°

Face aos resultados obtidos, deteta-se um empate entre dois problemas, pelo que se recorreu ao método de grelha de análise.

Este método pressupõe a análise de cada problema relativamente a quatro critérios:

1. Importância do problema
2. Relação problema/fator de risco
3. Capacidade técnica de resolver o problema
4. Exequibilidade do projeto ou intervenção

Quadro 7 – Aplicação dos critérios do método da Grelha de Análise

<i>Critérios</i>	P3	P6
Importância do problema	+	+
Relação problema/fator de risco	+	+
Capacidade técnica de resolver o problema	-	+
Exequibilidade do projeto	-	-
Posição na grelha	4	2

Após a aplicação dos métodos de definição de prioridades seleccionados, obteve-se a seguinte ordem dos problemas:

1. Vigilância da glicemia capilar inadequada;
2. Adesão ao regime medicamentoso ineficaz;
3. Comportamento de procura de saúde comprometido;
4. Vigilância dos pés inadequada;
5. Não adesão ao regime terapêutico: alimentação;
6. Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz;

7. Não adesão ao regime terapêutico: exercício físico;
8. Alterações fisiopatológicas associadas à DM.

Estes problemas de saúde identificados foram agrupados, para que as estratégias delineadas dessem resposta a um problema real e não surgissem desfasadas da realidade vivida pelos diabéticos, uma vez que estes apresentam frequentemente dificuldades em várias áreas do tratamento e não em áreas isoladas. Por outro lado, o agrupar dos problemas de saúde permite dar resposta a um maior número de necessidades e de forma mais eficaz, porque mais articulada entre as várias estratégias e com melhor gestão dos recursos disponíveis.

Assim, foram definidas três áreas de atuação:

- Gestão do regime terapêutico (engloba alimentação, exercício físico e regime medicamentoso);
- Vigilância global de saúde (compreende vigilância da glicemia capilar inadequada, comportamento de procura de saúde comprometido, onde englobamos a utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação de forma ineficaz);
- Vigilância do pé.

Posteriormente, cada elemento do grupo de estágio escolheu uma área para a elaboração do projeto de intervenção comunitária, sendo a minha área: **Vigilância global de saúde.**

1.4 – Projeto de Intervenção Comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

O projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si” (Anexo II) tem por base o diagnóstico de saúde realizado anteriormente, com os utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora.

Deste modo, tendo em conta as conclusões do diagnóstico de saúde realizado e a importância da vigilância global de saúde para os diabéticos, este projeto de intervenção comunitária procurou colmatar as falhas detetadas nesta área.

De seguida, apresentam-se as várias fases do projeto de intervenção comunitária denominado “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, tais como a fixação de objetivos, seleção de estratégias e indicadores de avaliação e avaliação.

A **fixação de objetivos** assume-se como uma etapa do Planeamento em Saúde que surge após o diagnóstico de situação e a definição de prioridades (Imperatori e Giraldes, 1993), pelo que nesta fase conhece-se já em que âmbito decorrerá o projeto a desenvolver (Tavares, 1992).

Imperatori e Giraldes (1993, p.77) referem que *“esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”*.

De seguida, apresenta-se o objetivo geral do projeto, bem como os objetivos específicos e os objetivos operacionais.

Objetivo geral

O objetivo geral deste projeto é aumentar a vigilância global de saúde, nos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora.

Objetivos específicos

Os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja alcançado, detalhando-o nas suas diversas componentes, o que o torna mais fácil de ser atingido (Tavares, 1992).

Os objetivos específicos são:

- Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar;
- Promover a monitorização da glicemia capilar;
- Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar;
- Treinar com os utentes a técnica de monitorização da glicemia capilar;
- Informar sobre a importância do estado vacinal atualizado;
- Promover a atualização do estado vacinal dos utentes;
- Informar sobre os recursos da UCE disponibilizados aos utentes diabéticos;
- Orientar para a consulta de Enfermagem.

Objetivos operacionais ou metas

Os objetivos operacionais ou metas definidos são:

- Que pelo menos 60% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora e presentes na AEPS, adquiram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar, até Dezembro de 2011;

- Que pelo menos 20% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora e que receberão VD, adquiram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar, até Fevereiro de 2012;

- Que pelo menos 25% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, recebam informação sobre monitorização regular da glicemia capilar, até Janeiro de 2012;

- Que pelo menos 20% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, adquiram conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica, até Janeiro de 2012;

- Que pelo menos 10% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, efetuem a 1ª dose da vacina antitetânica, até Fevereiro de 2012;

- Que pelo menos 25% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, recebam informação sobre o enfermeiro de família e a consulta de Enfermagem, até Dezembro de 2011;

- Que pelo menos 5% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, compareçam a consulta de Enfermagem, até Fevereiro de 2012.

A etapa de **seleção de estratégias** é uma das etapas mais fundamentais no processo de Planeamento em Saúde e que exige mais criatividade. Assim, pretende-se desenvolver o processo mais adequado à resolução dos problemas em saúde identificados, e que permita *“alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde”* (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 87).

As estratégias selecionadas foram:

- **Estratégia 1** – Sessão de sensibilização e apresentação do Diagnóstico de Saúde à equipa da UCCSH e UCE (Anexo III);

- **Estratégia 2** – Ação de Educação para a Saúde sobre vigilância da glicemia capilar (Anexo IV);

- **Estratégia 3** – Promoção da vigilância global de saúde, através de visitação domiciliária (Anexo V);

- **Estratégia 4** - Divulgar papel do enfermeiro de família e consulta de Enfermagem;

- **Estratégia 5** – Promoção da vacinação antitetânica;

- **Estratégia 6** – Feira da Saúde: Dia Mundial da Diabetes (atividade conjunta com o restante grupo de estágio) (Anexo VI).

Indicadores de avaliação

Imperatori & Giraldes (1993, p.77) definem que um indicador é “*uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco*”.

Indicadores de processo

Os indicadores de processo (Quadro 8) pretendem medir a atividade desenvolvida pelos profissionais ou serviços de saúde.

Quadro 8 – Indicadores de processo do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

Nome	Construção	Meta	Resultado
% de enfermeiros presentes na sessão de sensibilização e apresentação do Diagnóstico de Saúde	$\frac{N^{\circ} \text{ de enfermeiros presentes na sessão}}{N^{\circ} \text{ total de enfermeiros convocados}} \times 10^2$	30%	37%
% de utentes presentes na AEPS	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes presentes na AEPS}}{N^{\circ} \text{ total de utentes que confirmaram a presença na AEPS}} \times 10^2$	10%	40%
% total de visitas domiciliárias	$\frac{N^{\circ} \text{ total de visitas domiciliárias realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de visitas domiciliárias programadas na AEPS}} \times 10^2$	50%	75%
% de utentes que receberam panfleto informativo (vigilância da glicemia capilar, vacinação, consulta de Enfermagem)	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que receberam panfleto informativo}}{N^{\circ} \text{ total de utentes diabéticos das clínicas privadas da freguesia da Senhora da Hora}} \times 10^2$	25%	44%
% de utentes que compareceram à consulta de Enfermagem	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que compareceram à consulta de Enfermagem}}{N^{\circ} \text{ utentes convocados para a consulta de Enfermagem}} \times 10^2$	5%	26%
% de utentes convocados para vacinação	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes convocados para vacinação}}{N^{\circ} \text{ utentes com estado vacinal desatualizado}} \times 10^2$	20%	35%
% de participantes em pelo menos um rastreio na Feira da Saúde	$\frac{N^{\circ} \text{ participantes em pelo menos um rastreio}}{N^{\circ} \text{ total de participantes}} \times 10^2$	70%	73%

Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado (Quadro 9) pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde (Tavares, 1992), logo permitem reconhecer se os objetivos delineados foram atingidos.

Quadro 9 – Indicadores de resultado do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

Nome	Construção	Meta	Resultado
% de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar na AEPS	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar na AEPS}}{N^{\circ} \text{ total de utentes presentes na AEPS}} \times 10^2$	60%	96%
% de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar em VD	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar em VD}}{N^{\circ} \text{ total de VD}} \times 10^2$	20%	33%
% de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica}}{N^{\circ} \text{ total de utentes que não tem conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica}} \times 10^2$	20%	33%
% de utentes que efetuaram pelo menos uma dose da vacina antitetânica	$\frac{N^{\circ} \text{ utentes que efetuaram pelo menos uma dose da vacina antitetânica}}{N^{\circ} \text{ total de utentes convocados}} \times 10^2$	10%	68%

1.4.1 – Análise crítica sobre a implementação do projeto

Considerando as metas estabelecidas para os indicadores de avaliação, verificou-se que todas foram alcançadas e superadas, o que pode indicar uma correta seleção das estratégias aquando da elaboração do projeto de intervenção comunitária.

A primeira estratégia desenvolvida (*Sessão de sensibilização e apresentação do Diagnóstico de Saúde à equipa da UCCSH e UCE*) contou com uma percentagem de enfermeiros presentes de 37%. Realço que esta estratégia possibilitou o desenvolvimento posterior de todo o projeto, uma vez que deu a conhecer o trabalho realizado até àquele momento e sensibilizou a equipa de Enfermagem para uma colaboração mais efetiva.

A estratégia: *Ação de Educação para a Saúde sobre vigilância de glicemia capilar*, decorreu em três sessões e estiveram presentes 40% dos utentes convocados que confirmaram a sua presença. Para o sucesso desta estratégia foram efetuados alguns ajustes ao longo da realização das sessões, como a reformulação do questionário utilizado para a avaliação diagnóstica e final e a redução do tempo da sessão. No final das sessões, verificou-se que 96% dos utentes adquiriram conhecimentos sobre vigilância da glicemia capilar.

Relativamente à estratégia: *Promoção da vigilância global de saúde, através de visita domiciliária*, a percentagem de realização de visitas domiciliárias foi de 75%, considerando as visitas domiciliárias agendadas. No entanto, o número absoluto de visitas domiciliárias foi diminuto devido à baixa adesão dos utentes. O número elevado de recusas levou-me a refletir que nem sempre o que é identificado como necessidade por parte do profissional de saúde, é percebido do mesmo modo pelo utente. Por outro lado, é também relevante perceber se a estratégia utilizada é a mais adequada. Neste caso, alguns utentes manifestaram o interesse em participar em consultas de Enfermagem, mas não em participar na VD, pelo que foi agendada consulta na UCE.

A estratégia denominada: *Divulgar papel do enfermeiro de família e consulta de Enfermagem*, tornou-se transversal a todas as atividades desenvolvidas ao longo do projeto de intervenção, visto que em todos os contactos estabelecidos com a população-

alvo se fazia referência ao Enfermeiro de família e à existência da UCE, sendo fornecido material informativo. Parece-me que esta estratégia foi fundamental para os resultados do trabalho desenvolvido, uma vez que conhecendo os recursos de saúde à sua disposição e estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde, os utentes poderão manter um nível de vigilância global de saúde satisfatório. A meta estabelecida foi superada, com 26% de presenças dos utentes convocados para consulta de Enfermagem.

A vacinação é uma área-chave da prevenção e que não pode ser descurada na vigilância global de saúde dos utentes, pelo que foi desenvolvida a estratégia: *Promoção da vacinação antitetânica*. Assim, foi elaborado um panfleto sobre a vacina contra o tétano, de forma a ser distribuído nas AEPS e nas VD.

Foi ainda elaborada uma listagem com o estado vacinal da população-alvo. Esta lista foi fornecida aos enfermeiros da UCE para convocação dos utentes, uma vez que estes sugeriram que preferiam ser os próprios a efetuar a convocação de forma a proceder ao agendamento da vacinação. Este facto parece-me que pode ter sido vantajoso, no sentido de aproximar a população do seu enfermeiro de família, podendo esclarecer dúvidas e algumas questões no momento em que são colocadas.

Esta estratégia parece-me muito importante, pois a vacinação poderá ser um ato de maior adesão por parte dos utentes, possibilitando a sua aproximação à UCE, e posterior acompanhamento na consulta de enfermagem para o grupo de risco: diabetes. Como se verificou os utentes aderiram à convocatória, com 68% dos convocados a ter efetuado pelo menos uma dose da vacina contra o tétano.

Por fim, gostaria de fazer referência à estratégia *Feira da Saúde: Dia Mundial da Diabetes*, a qual foi uma atividade conjunta com o restante grupo de estágio. Considero que este tipo de estratégia pode ser positivo como forma de sensibilizar a população para uma determinada problemática, neste caso a diabetes, e alertar para a importância de estilos de vida saudáveis.

As atividades de rastreio e informativas podem ainda ser importantes alertas para possíveis alterações de saúde e aproximação aos serviços de saúde disponibilizados. A avaliação desta estratégia foi positiva com 73% dos participantes a realizar pelo menos um rastreio na Feira da Saúde.

Gostaria de realçar que o ponto-chave que sempre norteou o desenvolvimento de todo o estágio foi procurar dar resposta às reais necessidades da comunidade, mais do que fazer um mero trabalho académico.

Neste sentido, coloquei ainda ênfase nos registos das atividades desenvolvidas no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, pois parece-me que documentar o trabalho realizado é a única forma de o tornar visível, demonstrando ganhos em saúde. Por outro lado, a continuidade de cuidados é extremamente importante, não querendo que a minha intervenção como aluna, seja algo pontual e sem ganhos para os utentes.

Após a implementação e avaliação do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, considero que o seu contributo mais importante foi tornar visível o trabalho desenvolvido pela UCE junto da população-alvo, o qual era desconhecido pela grande maioria dos utentes, uma vez que as clínicas privadas não funcionam no mesmo edifício da UCE e esta foi criada muito recentemente (2010).

Deste modo, os utentes tomaram conhecimento de um recurso disponível, facilitando a sua utilização e a obtenção de ganhos em saúde. Este trabalho dá ainda resposta ao preconizado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no qual as orientações para a gestão da mudança alertam para a necessidade de aumentar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, estimulando a prestação de informação validada e isenta, considerada relevante para a tomada de decisão dos utentes.

1.5 – Reflexão sobre outras experiências vivenciadas

O Módulo III possibilitou a realização de atividades que não se inseriam no projeto de intervenção comunitária em curso, mas que me pareceram importantes para conseguir uma visão mais ampla sobre o papel da Enfermagem nos cuidados de saúde primários. Deste modo, e tendo em consideração que a minha experiência profissional nunca se desenvolveu nesta área, as atividades em que participei foram:

- Observação do trabalho desenvolvido por um enfermeiro de família numa USF;
- Aquisição de conhecimentos sobre os projetos desenvolvidos no âmbito da Saúde Escolar na UCCSH;

- Formação no âmbito do Modelo de Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

Relativamente à Enfermagem de família numa USF, acompanhei durante 4 turnos um enfermeiro de família na USF Lagoa, a qual integra o Centro de Saúde da Senhora da Hora. Durante este período pude observar consultas de Enfermagem no âmbito dos grupos de risco: hipertensão arterial e diabetes, consultas de Enfermagem de planeamento familiar, tratamento de feridas, vacinação, administração de injetáveis, realização de convocatórias via telefone e carta, e ainda visitas domiciliárias.

Este período de tempo possibilitou-me, ao questionar a enfermeira que acompanhei, perceber as mudanças ocorridas na unidade de saúde quando passou a funcionar segundo o modelo de Saúde Familiar, quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde. Pareceu-me que esta organização dos cuidados de saúde primários é bastante vantajosa, pois possibilita o acompanhamento da família ao longo de todo o ciclo vital por uma equipa multidisciplinar, que conhece a sua realidade e contexto socioeconómico. Da mesma forma, a nível individual, a pessoa é acompanhada apenas por uma equipa de profissionais, o que permite criar uma relação de confiança e continuidade de cuidados, que terá como resultado maiores ganhos em saúde.

Quanto aos profissionais de saúde, este modelo parece-me permitir uma contabilização mais eficaz do seu trabalho, bem como o estabelecimento de indicadores de avaliação o que possibilita a cada profissional perceber os ganhos em saúde que tem obtido e em que áreas necessitam de maior investimento, de forma a conseguir melhores resultados.

No âmbito da Saúde Escolar, assisti ao desenvolvimento de duas sessões sobre “Sexualidade na adolescência” com turmas do 9º ano de escolaridade e a duas sessões sobre *Bullying* com turmas do 6º ano de escolaridade. Esta atividade foi para mim bastante enriquecedora, pois permitiu-me conhecer uma área de intervenção diferente e por vezes menos visível dos enfermeiros na comunidade.

Considero que o papel do enfermeiro de Saúde Escolar é essencial na promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de situações de risco, bem como na deteção precoce de situações que necessitam de encaminhamento. Contudo, como acontece noutras áreas, foi visível a escassez de recursos humanos, não sendo possível atingir toda a população escolar da área de influência do centro de saúde. Este facto leva-me a questionar se as políticas de saúde estão a ser bem conduzidas, quando parece que continuamente se aposta no tratamento e não na promoção da saúde. Poderia um maior número de enfermeiros de saúde escolar obter mais ganhos em saúde? De facto, em termos económicos, a intervenção na área da promoção da saúde tem dificuldade em demonstrar ganhos, pois implica estudos durante longos períodos de tempo. No entanto, parece-me que poderemos observar os resultados obtidos noutros países com larga experiência de intervenção na Saúde Escolar.

Foi ainda perceptível que o enfermeiro de Saúde Escolar demonstra uma grande versatilidade, pois comunica para públicos desde o pré-escolar até ao ensino secundário, demonstrando também uma grande capacidade de comunicar para grupos.

Realço também a oportunidade de participar em formação sobre o MDAIF, desenvolvido pela Professora Maria Henriqueta Figueiredo, a qual teve lugar durante 2 sessões teóricas com a duração total de 14h. Estas sessões permitiram conhecer as raízes teóricas do modelo, a sua estrutura, implementação e transposição para sistemas de informação.

Neste âmbito, participei ainda numa reunião no Centro de Saúde de S. Mamede Infesta sobre a implementação do MDAIF e a perceção que os enfermeiros têm das vantagens do mesmo, bem como das dificuldades sentidas.

A participação nesta formação revelou-se pertinente, pois apesar de a aplicação deste modelo não ser objetivo durante o estágio, possibilitou a aquisição de conhecimentos sobre esta temática. Assim, esta era uma oportunidade de conhecer uma realidade nova no âmbito da Enfermagem de Família, que eu considerei que não devia perder.

2 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA

A aquisição e o desenvolvimento de competências são essenciais em todas as etapas do percurso profissional, de forma a produzir mudança e aperfeiçoamento no desempenho, prestando continuamente melhores cuidados de Enfermagem.

Neste sentido, Collière refere que *“as competências que caracterizam uma profissão decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados. A aquisição de competência profissional requer, pois, o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa competência”* (1999, pp.244-245).

Assim, os momentos de avaliação formal como os decorrentes de uma especialização pressupõem a aquisição de determinadas competências. Aliás como se refere no Código Deontológico dos Enfermeiros: *“O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem”* (Artigo 7º do Código Deontológico dos Enfermeiros - Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

Deste modo, de acordo com o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, apresenta-se nos Quadros 10, 11 e 12, as competências adquiridas durante o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária em cada módulo, tendo em conta as estratégias e atividades desenvolvidas, e posteriormente faz-se uma análise crítica, focando os aspetos positivos e negativos.

Esta abordagem reflexiva parece-me essencial para a toma de consciência do meu desempenho e da necessidade de modificar atitudes e comportamentos. Possibilitou ainda a análise de possíveis alterações ao que foi pré-estabelecido, a explanação de dificuldades e a forma como foram solucionadas, face a obstáculos e novas necessidades que surgem frequentemente.

Quadro 10 - Competências adquiridas no Módulo I

<i>Estratégias / Atividades</i>	<i>Competências adquiridas</i>
<p>Módulo I</p> <p>Diagnóstico de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição da área programática - Elaboração de cronograma de atividades - Identificação e caracterização da comunidade - Seleção das variáveis - Determinação da população-alvo - Seleção das fontes - Reformulação do instrumento de recolha de dados - Previsão da representação dos dados - Previsão dos recursos - Divulgação da colheita de dados na comunidade - Colheita de dados - Organização e tabulação dos dados - Análise e interpretação dos dados - Representação dos dados - Conclusões do Diagnóstico - Elaboração do Relatório 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretação de informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; - Manutenção, de forma contínua e autónoma, do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; - Demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; - Demonstração da capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Ao longo do Módulo I, considero que desenvolvi competências de trabalho em equipa, gestão de tempo e recursos, capacidade de reflexão, bem como busca de novas soluções face a obstáculos e situações imprevistas.

Considero que procurei fundamentar as minhas opiniões e sugestões com evidência científica, bem como encontrar resposta para as questões e dúvidas que surgiram.

Saliento como **aspectos positivos**:

- a existência e anterior aplicação do formulário para colheita de dados facilitou o desenvolvimento do trabalho, uma vez que o tempo de estágio é escasso, pelo que se

dispensou o tempo de elaboração do formulário, bem como de pedidos de autorização para aplicação do mesmo à Comissão de Ética;

- a planificação da colheita de dados, que foi um fator facilitador face à escassez de tempo;

- a seleção da visitação domiciliária como estratégia para colheita de dados, que considero ter sido vantajosa.

- a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre análise estatística;

- a pré-existência da base de dados, que apesar de incompleta, diminuiu algum tempo despendido.

- a organização do grupo e o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa.

Relativamente aos **aspetos negativos**, realço:

- a dificuldade de gestão do tempo e a sua coordenação com a atividade profissional;

- a dificuldade em obter alguns dados específicos para a caracterização sociodemográfica, sobretudo dados referentes à freguesia, uma vez que maioritariamente os dados eram relativos ao município;

- a pré-existência do formulário inibiu a reestruturação, uma vez que a sua modificação impossibilitaria posteriormente a comparação de dados. No entanto, parece-me que a catalogação deste aspeto como negativo é algo ambígua, pois frequentemente, na área da saúde são fornecidos dados mas a sua comparação é impossibilitada pela utilização de diferentes instrumentos de colheita de dados. Neste caso concreto, este aspeto fica salvaguardado, o que é uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados e obtenção de ganhos em saúde;

- as dificuldades logísticas de localização de moradas;

- a falha numa decomposição mais exaustiva do formulário, previamente à sua aplicação, o que condicionou a análise estatística.

Quadro 11 - Competências adquiridas no Módulo II

<i>Estratégias / Atividades</i>	<i>Competências adquiridas</i>
<p>Módulo II</p> <p>Projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”</p> <p>- Elaboração do projeto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretação de informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; - Manutenção, de forma contínua e autónoma, do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; - Abordagem de questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC; - Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; - Tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; - Demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; - Demonstração de capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; - Incorporação na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização; - Tomada de iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
<ul style="list-style-type: none"> - Definição de prioridades - Seleção da área do projeto de intervenção - Fixação de objetivos - Seleção de estratégias 	<ul style="list-style-type: none"> - Produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
<ul style="list-style-type: none"> - Preparação da execução <ul style="list-style-type: none"> - Planeamento das atividades - Contactos com parceiros da comunidade - Execução do projeto de intervenção <ul style="list-style-type: none"> - Feira da Saúde - AEPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC; - Comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico;
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Diagnóstico de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação de resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; - Promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; - Promoção da formação em serviço na área de EEC.

Neste módulo elaborei e executei um projeto de intervenção comunitária. Assim, considero que desenvolvi competências ao nível da definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias e atividades e ainda na elaboração de indicadores de avaliação. Procurei manter sempre uma capacidade reflexiva e fundamentar todo o trabalho em evidência científica.

Em todas as atividades desenvolvidas procurei adequar as estratégias selecionadas à população-alvo, bem como encontrar soluções para obstáculos e barreiras imprevistas.

Saliento como **aspetos positivos**:

- a aquisição de conhecimentos sobre definição de prioridades, definição de objetivos e indicadores de avaliação e seleção de estratégias e atividades;
- a disponibilidade das entidades parceiras;
- o desenvolvimento de competências de planeamento e elaboração de AEPS.
- o desenvolvimento de competências na elaboração de material de suporte para as AEPS;
- a apresentação do Diagnóstico de Saúde, como um espaço de partilha de informação;
- a comemoração do Dia Mundial da Diabetes, como forma de aproximação dos utentes aos cuidados de saúde que lhe são disponibilizados.
- a capacidade de reformulação e delineamento de planos alternativos;
- a aquisição de competências de avaliação das estratégias desenvolvidas.

Relativamente aos **aspetos negativos**, realço:

- a dificuldade de gestão do tempo e a sua coordenação com a atividade profissional;
- o elevado número de atividades a desenvolver num curto espaço de tempo;

- a morosidade de alguns contactos e autorizações, bem como a dificuldade em articular as diversas parcerias, o que é potenciador de ansiedade;

- a dificuldade de adesão dos utentes a algumas atividades programadas.

Quadro 12 - Competências adquiridas no Módulo III

<i>Estratégias / Atividades</i>	<i>Competências adquiridas</i>
<p>Módulo III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Execução do projeto de intervenção <ul style="list-style-type: none"> - Efetuar registos no SAPE - Promoção da vacinação antitetânica - Visitação domiciliária 	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretação de informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; - Manutenção, de forma contínua e autónoma, do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; - Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; - Tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; - Demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; - Demonstração de capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; - Capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEC;
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermagem de família na USF - Saúde Escolar - Avaliação do projeto - Elaboração do portfólio - Elaboração do relatório 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada; - Demonstração de um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC.

No Módulo III, procurei dar continuidade à implementação do projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, nomeadamente colocando em prática as estratégias que ainda não tinham sido implementadas: a promoção da vigilância global de saúde, através de visitação domiciliária e a promoção da vacinação antitetânica.

A baixa adesão dos utentes à visitação domiciliária, apesar de criar alguma desmotivação, foi uma oportunidade de aprendizagem, pois nem sempre o que é delineado pelo profissional de saúde é sentido como necessidade pela população e obtém êxito. Além disso, possibilitou o desenvolvimento de capacidades criativas, de forma a encontrar soluções para ultrapassar obstáculos e barreiras.

O tempo despendido na Unidade de Saúde Familiar e na Saúde Escolar permitiu-me adquirir conhecimentos em diferentes áreas de intervenção da Enfermagem.

Com o término do estágio, adquiri ainda competências de avaliação do projeto de intervenção, observando os resultados obtidos através do cálculo dos indicadores de avaliação.

Saliento como **aspetos positivos**:

- a aquisição de conhecimentos sobre vacinação, visitação domiciliária e enfermagem de família;
- o desenvolvimento de competências de planeamento e realização de visitação domiciliária;
- o aprofundamento das capacidades de registo numa aplicação informática, como o SAPE.
- a aquisição de conhecimentos sobre Enfermagem de família;
- o acompanhamento do papel do enfermeiro de Saúde Escolar;
- o desenvolvimento de competências no cálculo de indicadores de avaliação;
- a elaboração de registos para a promoção da continuidade de cuidados.

Relativamente aos **aspetos negativos**, realço:

- a dificuldade de gestão do tempo e a sua coordenação com a atividade profissional;
- o elevado número de atividades a desenvolver num curto espaço de tempo;
- a falta de adesão dos utentes à VD.

Por fim, gostaria de referir a importância da realização de reflexões quinzenais, as quais permitiram desenvolver competências de demonstração de consciência crítica para os problemas da prática profissional, bem como reflexão na e sobre a prática, de forma crítica.

A reflexão sobre a prática quer em contexto profissional ou de ensino, é essencial para a toma de consciência do desempenho de cada um e da necessidade de modificar atitudes e comportamentos. A reflexão escrita torna-se ainda mais importante, pois produz mais frutos, já que a reflexão num âmbito abstrato, não permite a sua releitura nem um ato reflexivo tão cuidado.

Assim, estes momentos de reflexão foram sempre essenciais para a melhoria do desempenho e a busca de novas e melhores soluções.

3 - CONCLUSÃO

O trabalho realizado ao longo do estágio do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária possibilitou o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a obtenção de ganhos em saúde para a população-alvo, o que me fez recordar Collière, quando afirma que *“os cuidados de enfermagem são a expressão de uma relação de interdependência, que só adquire sentido e só pode ter efeito num circuito de troca em que cada um dá e recebe”* (1999, pág. 334).

Neste sentido, ao longo dos três módulos de estágio foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, a qual foi o fio condutor de todo o percurso.

No módulo I foi realizado o diagnóstico de saúde da população-alvo: os utentes diabéticos das clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, de forma a identificar as suas principais necessidades em saúde, das quais se destaca: vigilância da glicemia inadequada, adesão ao regime terapêutico comprometida, vigilância dos pés inadequada e comportamento de procura de saúde comprometido.

Deste modo, foi possível proceder à sua priorização, estabelecendo os problemas de saúde que exigiam intervenção em primeiro lugar. Os problemas de saúde priorizados foram agrupados, no sentido de dar uma resposta eficaz, porque mais articulada entre as várias estratégias e com melhor gestão dos recursos disponíveis.

Por conseguinte, foram definidas três áreas de atuação: Gestão do regime terapêutico (engloba alimentação, exercício físico e regime medicamentoso); Vigilância global de saúde e Vigilância do pé. Posteriormente, cada elemento do grupo de estágio escolheu uma área para a elaboração do projeto de intervenção comunitária.

Assim, de acordo com a definição de prioridades, no módulo II elaborou-se um projeto de intervenção comunitária com enfoque na vigilância global de saúde, intitulado “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”. Na implementação do projeto, desenvolveram-se diversas estratégias, como uma sessão de sensibilização e apresentação do Diagnóstico de Saúde à equipa da UCCSH e UCE, Ação de Educação para a Saúde, Visitação Domiciliária, divulgação do papel do enfermeiro de família e

consulta de Enfermagem, promoção da vacinação antitetânica e uma Feira da Saúde, no âmbito do Dia Mundial da Diabetes.

A intervenção comunitária com base no projeto elaborado permitiu a obtenção de ganhos em saúde, como se verificou após o cálculo dos indicadores de resultado. Neste sentido, a percentagem de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar na AEPS foi de 96% e na VD foi de 33%, valor igual foi alcançado na percentagem de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica. Verificou-se ainda que 68% dos utentes convocados efetuaram pelo menos uma dose da vacina antitetânica (a meta estabelecida era de 10%) e 26% dos utentes convocados compareceram à consulta de Enfermagem, quando a meta inicial era de 5%.

O módulo III permitiu continuar a implementação do projeto “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, uma vez que o desenvolvimento de algumas estratégias foi previamente planeado para este módulo. Além de ter possibilitado a vivência de outras experiências (observação do trabalho desenvolvido por um enfermeiro de família numa USF, aquisição de conhecimentos sobre os projetos desenvolvidos no âmbito da saúde escolar na UCCSH, formação no âmbito do MDAIF), as quais permitiram obter uma visão mais ampla sobre o papel da Enfermagem nos cuidados de saúde primários.

Considerando todo o caminho percorrido durante o estágio, a elaboração do presente relatório permitiu-me fazer uma síntese e reflexão do mesmo, analisando as competências adquiridas e/ou reforçadas, essenciais para a mudança que o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária pressupõe.

Tal como todos os percursos formativos, também este não foi isento de dificuldades, as quais exigiram capacidade de superação, empenho, determinação e criatividade. As maiores dificuldades prenderam-se com a gestão do tempo, a coordenação do estágio com a atividade profissional, bem como o elevado número de atividades a desenvolver num curto espaço de tempo.

Gostaria ainda de referir que todo o percurso percorrido ao longo dos três módulos de estágio revelou-se bastante exigente, foi no entanto muito enriquecedor e proveitoso, tendo sido um tempo de aprendizagem e crescimento profissional único, o

qual possibilitou a aquisição e desenvolvimento de inúmeras competências úteis na minha prática profissional.

No final deste período formativo, a necessidade de formação contínua e procura de qualificação profissional tornou-se para mim ainda mais clara, sendo essencial para atingir a excelência nos cuidados de Enfermagem. Pelo que este mestrado poderá ser o ponto de partida para outros percursos formativos.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARS NORTE, I. P. – Perfil local de saúde 2009: Região Norte [em linha]. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P., 2009. [Consult. em 1 Março. 2012]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.destaquesdaodia.com/wp-content/uploads/2010/12/ARSN-Perfil-de-Sa%C3%BAde-da-Regi%C3%A3o-Norte-2009.pdf>>.

ARS NORTE, I. P. – Perfil local de saúde 2009: ULS Matosinhos [em linha]. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P., 2009. [Consult. em 1 Março. 2012]. Disponível na WWW:<URL:http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/PDF_PLS09_11_Matosinhos.pdf>.

CÂMARA MUNICIPAL DE MATOSINHOS - Carta educativa do concelho de Matosinhos: proposta [Em linha]. 2006. [Consult. 22 Jan. 2012]. Disponível na WWW:<URL:http://www.cm-matosinhos.pt/uploads/writer_file/location/333/carta_educativa_do_concelho_de_matosinhos.pdf>.

CIVAS – Projecto curricular de escola: educação para os valores [Em linha]. 2010. [Consult. 16 Jan. 2012]. Disponível na WWW:<URL:http://www.civas.pt/docs/projecto_curricular_de_escola.pdf>.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5ª tiragem. Lisboa: Lidel, 1999.

DAAR, Abdallah S., et al – Grand challenges in chronic non-communicable diseases. Nature [em linha]. Vol. 450 (2007), p. 494-496. [Consult. 10 Fev. 2012]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.nature.com/nature/journal/v450/n7169/full/450494a.html>>.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional.

INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – Concelhos: estatísticas mensais [em linha]. 2011. [Consult. 22 Jan. 2012]. Disponível na WWW:<URL:
http://www.iefp.pt/estatisticas/MercadoEmprego/ConcelhosEstatisticasMensais/Documents/2011/SIE-Desemprego_Registado_por_concelhos_Dez2011.pdf>.

INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – Concelhos: estatísticas mensais [em linha]. 2004. [Consult. 22 Jan. 2012]. Disponível na WWW:<URL:
<http://www.iefp.pt/estatisticas/MercadoEmprego/ConcelhosEstatisticasMensais/Documents/2004/DESEMPREGISTADO-CONCELHOS-DEZ04.pdf>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2001: resultados definitivos. Lisboa: INE, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Censos 2011: resultados provisórios. Lisboa: INE, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Principais indicadores [em linha]. [Consult. 8 Mar. 2012]. Disponível na WWW:<URL:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic&PINDpagenumbrer=2&contexto=PIND&PINDtemas=1210>.

Lei nº 111/2009. D. R. I Série. 180 (2009-09-16) 6528-6550.

MACEDO, António, et al – Pé em risco aumentado de ulceração em doentes com diabetes mellitus tipo 2. Revista Portuguesa de Clínica Geral [em linha]. Vol. 26

(2010), p. 159-168. [Consult. 12 Jan. 2012]. Disponível na WWW:<URL:<http://www.apmcg.pt>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano nacional de saúde 2004-2010**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – Diabetes: factos e números 2011: relatório anual do observatório nacional da diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation [em linha]. Genebra: OMS, 2006. [Consult. 12 Jan. 2012]. Disponível na WWW:<URL: http://www.idf.org/webdata/docs/WHO_IDF_definition_diagnosis_of_diabetes.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Prevenção de doenças crónicas um investimento vital [em linha]. 2005. [Consult. 8 Fev. 2012]. Disponível na WWW:<URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>.

Plano de Ação da UCC do Centro de Saúde Senhora da Hora, 2010.

TAVARES, António – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.

VASCONCELOS, Cláudia Cristina - **A Reflexão: um Elemento Estruturador da Formação de Professores** [em linha]. 2000. [consult. em 10 Mar. 2012]. Disponível na WWW:<URL: http://www.ipv.pt/millennium/17_ect9.htm>.

ANEXOS

Anexo I – Formulário de colheita de dados

Projectos de Enfermagem:

Diabetes Desafio para o Novo Milénio/ PrEGERET

Formulário de caracterização dos Diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora

1. Enquadramento

Com o questionário que se apresenta de seguida procede-se à colheita de dados que integrará a caracterização da população-alvo da área de influência da UCC.

A finalidade será constituir evidência acerca das necessidades de aprendizagem sobre a gestão e adesão ao regime terapêutico dos diabéticos.

Este questionário permite identificar:

- Diabéticos inscritos nas clínicas da freguesia da Senhora da Hora
- Diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz
- Necessidades de aprendizagem
- Fontes de procura de informação.

2. Objectivos

Os objectivos deste questionário são caracterizar a percepção dos diabéticos relativamente a:

- Necessidades de aprendizagem e suporte;
- De que forma estas necessidades estão a ser satisfeitas;
- Fontes de informação.

3. Metodologia

A metodologia escolhida será a quantitativa, através do uso de um formulário a ser aplicado pelos enfermeiros.

N.º de Inquérito: _____

1- Local de contacto:

1 Domicílio

2 Recusa

_____ **I - Caracterização Sociodemográfica** _____

2- Sexo:

1 Feminino

2 Masculino

3- Idade _____

4- Nível de Escolaridade:

1 Nenhum

2 Não sabe ler nem escrever;

3 Sabe ler e escrever sem qualquer grau de ensino;

4 1º ciclo ensino básico;

5 2º ciclo ensino básico;

6 3º ciclo ensino básico;

7 Ensino secundário;

8 Ensino médio/ tecnológico;

9 Bacharelato/Licenciatura;

10 Mestrado/Doutoramento.

5- Estado civil:

1 Casado(a)

2 Solteiro(a)

3 Viúvo(a)

4 Divorciado(a)

6- Profissão: _____

7- Tipo de Família:

1 Nuclear

2 Unipessoal/Unitária

3 Monoparental

4 Alargada

5 Reconstruída

6 Outras

II – Caracterização Clínica

8- Tensão arterial (mmHg):

1 <130-80mmhg

2 ≥ 130-80mmhg

3 Não sabe/ Não é possível Avaliar

9- Frequência Cardíaca (p/min), em repouso:

1 <60 bpm

2 60-100 bpm

3 > 100 bpm

10- Glicemia Capilar: valor mais recente dos últimos sete dias (mg/dl)

10.1 <input type="checkbox"/> Jejum	10.2 <input type="checkbox"/> Pós-pandrial	10.3 <input type="checkbox"/> Pré-pandrial
1 <input type="checkbox"/> <108 mg/dl	1 <input type="checkbox"/> <140 mg/dl	1 <input type="checkbox"/> <135 mg/dl
2 <input type="checkbox"/> >108- 126 mg/dl	2 <input type="checkbox"/> >140-180 mg/dl	2 <input type="checkbox"/> >135-180 mg/dl
3 <input type="checkbox"/> >126-180 mg/dl	3 <input type="checkbox"/> >180- 250 mg/dl	3 <input type="checkbox"/> >180- 250 mg/dl
4 <input type="checkbox"/> >180- 250 mg/dl	4 <input type="checkbox"/> > 250-350 mg/dl	4 <input type="checkbox"/> > 250-350 mg/dl
5 <input type="checkbox"/> > 250-350 mg/dl	5 <input type="checkbox"/> > 350-450 mg/dl	5 <input type="checkbox"/> > 350-450 mg/dl
6 <input type="checkbox"/> > 350-450 mg/dl	6 <input type="checkbox"/> > 450 mg/dl	6 <input type="checkbox"/> > 450 mg/dl
7 <input type="checkbox"/> > 450 mg/dl	7 <input type="checkbox"/> Não sabe	7 <input type="checkbox"/> Não sabe
8 <input type="checkbox"/> Não sabe		

11- Peso Corporal (kg): _____ 11.1 Não sabe

12- Altura (cm): _____ 12.1 Não sabe

13-IMC: 1 <18,5

2 18,5-24,9

3 25-29,9

4 30-39,9

5 ≥ 40

6 Não foi possível avaliar

14- Perímetro abdominal (cm):

14.1 <input type="checkbox"/> Homem	14.2 <input type="checkbox"/> Mulher
1 <input type="checkbox"/> <94 cm	1 <input type="checkbox"/> < 80 cm
2 <input type="checkbox"/> ≥ 94-102 cm	2 <input type="checkbox"/> ≥ 80-88 cm
3 <input type="checkbox"/> > 102 cm	3 <input type="checkbox"/> > 88 cm

15- Ano de Diagnóstico da doença:

- 1 <5 anos
- 2 Entre 5 a 10 anos
- 3 > 10 anos
- 4 Não sabe

16-Classificação da Diabetes:

- 1 Tipo 1
- 2 Tipo 2
- 3 Gestacional
- 4 Outros tipos _____

17- Hba1c no último ano:

HbA1c	HbA1c
1 <input type="checkbox"/> 4%	6 <input type="checkbox"/> 9%
2 <input type="checkbox"/> 5%	7 <input type="checkbox"/> 10%
3 <input type="checkbox"/> 6%	8 <input type="checkbox"/> 11%
4 <input type="checkbox"/> 7%	9 <input type="checkbox"/> 12%
5 <input type="checkbox"/> 8%	10 <input type="checkbox"/> Não sabe

III – Antecedentes Pessoais: _____

18-Para além de diabetes teve alguma das seguintes doenças:

- 1 Doenças infecciosas e parasitárias
- 2 Tumores [Neoplasias]
- 3 Doenças do sistema nervoso
- 4 Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e algumas alterações do sistema imunitário
- 5 Doenças do aparelho Respiratório
- 6 Doenças do aparelho Circulatório
- 7 Doenças dos olhos e anexos
- 8 Doenças do aparelho geniturinário
- 9 Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
- 10 Perturbações Mentais e do Comportamento
- 11 Doenças do ouvido
- 12 Outras doenças _____
- 13 Não sabe
- 14 Não teve

18.1- Alguns dos antecedentes pessoais referidos anteriormente interferem com o facto de:

18.1.1 – Tomar a medicação?	18.1.2 – Seguir o exercício?	18.1.3 – Seguir a dieta?
1 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Não

19- É fumador?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Ex-fumador

19.1.1- Se sim quantos cigarros fuma por dia?

- 1 1-10 cigarros
- 2 11-20 cigarros
- 3 21-30 cigarros
- 4 31-40 cigarros
- 5 > 40 cigarros

20- Vacina anti-tetânica actualizada:

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

21- Apresenta complicações da doença:

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

21.1.1- Se sim, quais:

- 1 Nefropatia
- 2 Neuropatia
- 3 Amputação
- 4 Retinopatia
- 5 Doença Coronária e Cerebrovascular (DCV)
- 6 Não sabe

_____ **IV – Gestão do Regime Terapêutico e Necessidades de Suporte** _____

22- Quem faz a gestão do seu regime terapêutico?

- 1 O próprio (passar para a questão 24)
- 2 O cuidador **22.2.1 Quem é o cuidador?** _____ (passar para a questão 25)
- 3 O próprio com ajuda

23-Se necessita de ajuda para cumprir o tratamento prescrito, quem o ajuda?

- 1 Familiar
- 2 Amigo/Vizinho
- 3 Profissional de Saúde
- 4 Outros profissionais
- 5 Outro(s)

23.1.- Em que áreas:

- 1 Toma de medicação oral
- 2 Toma de medicação injectável
- 3 Vigilância da glicemia
- 4 Vigilância dos pés
- 5 Alimentação
- 6 Exercício físico
- 7 Outra (s) _____

24- Acha que controla bem a sua doença? (deve responder a esta pergunta se for o próprio a gerir o regime ou se necessitar de ajuda)

- 1 Sim
- 2 Não

24.1.1- Se não porquê?

- 1 Falta de Conhecimentos
- 2 Falta de Motivação
- 3 Falta de suporte
- 4 Outros _____

25- Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou tratamento?

- 1 Sim
- 2 Não

25.1-Se sim, o que o assusta? _____

26- Sabe os valores de referência da:

26.1 Hipoglicemia	26.2 Hiperglicemia
1 <input type="checkbox"/> Sim	1 <input type="checkbox"/> Sim
2 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Não

27- Quando tem hipoglicemia o que faz?

- 1 Ingere 2 pacotes de açúcar (ou 3 a 4 colheres de açúcar de chá), passados 3 a 5 minutos avalia novamente a glicemia capilar e se necessário repete a ingestão de açúcar e ingere refeição com hidratos de carbono
- 2 Outro procedimento
- 3 Não faz nada
- 4 Nunca teve

28- Quando tem hiperglicemia o que faz?

- 1 Toma mais medicação
- 2 Procura o médico de família
- 3 Vai à urgência
- 4 Administra insulina prescrita
- 5 Não faz nada
- 6 Nunca teve

29-Costuma esquecer-se de ir às consultas?

- 1 Sim
- 2 Não

30- Faz exame aos olhos anualmente?

- 1 Sim
- 2 Não

31- Faz exame à urina anualmente?

- 1 Sim
- 2 Não

32- Faz exame ao sangue:

- 1 De 3 em 3 meses
- 2 De 4 em 4 meses
- 3 Outro espaço de tempo _____
- 4 Não faz

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

_____ **V- Regime Medicamentoso:** _____

33-Toma antidiabéticos orais?

- 1 Sim
- 2 Não

33.1.1- Se sim, qual (ais)? _____

34- Tem dificuldade na toma de medicamentos?

- 1 Sim
- 2 Não

34.1.1- Se sim, qual (ais) o (s) motivo (s):

- 1 Esquecimento
- 2 Limitações físicas
- 3 Confusão
- 4 Motivação
- 5 Outro (s) _____

35- Administra Insulina?

- 1 Sim
- 2 Não

35.1- Se sim, qual (ais)?

- 1- Acção Rápida
- 2- Acção Intermédia
- 3- Acção Lenta
- 4- Acção Lenta e Rápida

36- Muda o local de administração de insulina?

- 1 Sim
- 2 Não

37-Quantas vezes administra insulina por dia?

- 1 1 vez
- 2 2 vezes
- 3 3 vezes
- 4 ≥ 4 vezes

38- Tem dificuldade em gerir a administração de insulina?

- 1 Sim
- 2 Não

38.1.1- Se sim, qual (ais) o (s) motivo (s):

- 1 Dificuldade na técnica de administração
- 2 Dor
- 3 Contagem das unidades
- 4 Troca das agulhas
- 5 Troca da recarga
- 6 Falta de Motivação
- 7 Outro (s) _____

39- Sente efeitos secundários devido à medicação?

- 1 Sim
- 2 Não **39.1.1- Se sim quais?** _____

39.1.2- Estes efeitos fazem com que queira parar de tomar a medicação?

- 1 Sim
- 2 Não

VI – Alimentação: _____

40- Reconhece vantagens na prática de uma alimentação adequada na Diabetes?

- 1 Sim
- 2 Não

41- Quantas refeições faz por dia?

- 1 1 refeição
- 2 2-3 refeições
- 3 4-5 refeições
- 4 ≥ 6 refeições

42- O intervalo entre as refeições é superior a 3 horas?

- 1 Sim
- 2 Não

43- O período noturno em jejum é superior a 8 horas?

- 1 Sim
- 2 Não

44- Come legumes e vegetais nas principais refeições?

- 1 Sempre
- 2 Às vezes
- 3 Nunca

45- Inicia o almoço ou o jantar com uma sopa de legumes?

- 1 Sempre
- 2 Às vezes
- 3 Nunca

46- O que contém a sopa que ingere?

- 1 Só legumes
- 2 Legumes e batata
- 3 Legumes, batata e massa/arroz

47- Quantas peças de fruta ingere por dia?

- 1 Nenhuma (passar para a questão 50)
- 2 1 peça de fruta
- 3 2-3 peças de fruta
- 4 4-5 peças de fruta
- 5 ≥ 6 peças de fruta

48- Se ingere fruta, em que período(s) do dia o faz?

- 1 A meio da manhã
- 2 Ao lanche
- 3 Como sobremesa
- 4 Outro: _____

49- Fora das principais refeições acompanha a fruta com hidratos de carbono de absorção lenta (exemplo: pão/bolachas integrais, etc)?

- 1 Sempre
- 2 Às vezes
- 3 Nunca

50- Que tipo de comida ingere com mais frequência?

- 1 Cozidos
- 2 Grelhados
- 3 Assados
- 4 Fritos
- 5 Estufados
- 6 Todos

51-Quantas vezes por semana come peixe?

- 1 1-2 vezes
- 2 3-4 vezes
- 3 5-6 vezes
- 4 Todos os dias
- 5 Não sabe

52-Quantas vezes por semana come carne?

- 1 1-2 vezes
- 2 3-4 vezes
- 3 5-6 vezes
- 4 Todos os dias
- 5 Não sabe

53-Qual o tipo de carne que consome mais frequentemente:

- 1 Carnes vermelhas
- 2 Carnes brancas

54- Que quantidade de água/ líquidos ingere por dia (L)?

- 1 <500 ml
- 2 500 a < 1000 ml
- 3 1000 a 1500 ml
- 4 > 1500 ml

55- Ingere refrigerantes?

Nunca	Apenas em ocasiões especiais	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	2	3	4	5

56- Ingere bebidas alcoólicas diariamente?

- 1 Sim
- 2 Não

56.1- Se sim que quantidade (ml)? _____

- 1 <250ml
- 2 250ml a 500 ml
- 3 500ml a 1000 ml
- 4 > 1000 ml

57- Costuma ingerir açúcar ou adoçante?

- 1 Açúcar
- 2 Adoçante
- 3 Nenhum
- 4 Ambos

57.1- Se ingere açúcar, qual a quantidade?

Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

57.2- Se Ingere adoçante, qual o tipo?

- 1 Adoçante calórico
- 2 Adoçante não calórico
- 3 Não sabe

58- Come bolos ou doces?

Nunca	Apenas em ocasiões especiais	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	2	3	4	5

59-Sente dificuldade (s) em seguir a dieta recomendada?

- 1 Sim
2 Não **59.1- Se sim, qual (ais)?** _____
- 1 Não tem dinheiro
2 Falta de tempo
3 Falta de motivação
4 Outro

VII – Exercício Físico: _____

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

- 1 Sim
2 Não

61-Pratica exercício físico:

- 1 Sim
2 Não (passar para a pergunta 61.2.1)

61.1.1- Se Sim, quantas vezes por semana?

- 1 1-2 vezes
2 2-3 vezes
3 3-4 vezes
4 ≥ 5 vezes

61.1.2-Que tipo de exercício físico?

- 1 Caminhada
2 Natação
3 Hidroginástica
4 Corrida
5 Outro _____

61.1.3.-Qual a duração de cada período de exercício físico? _____

- 1 <30 minutos
2 30- 1h
3 > 1h

61.2.1- Se não, porquê?

- 1 Não tem companhia
2 Não tem motivação
3 Tem limitações físicas
4 Não tem dinheiro

- 5 Falta de tempo
- 6 Tem vergonha da sua aparência
- 7 Outra(s) _____

VIII – Vigilância

62- Vigia a glicemia capilar?

- 1 Sim
- 2 Não

62.2.1- Se não, qual o motivo?

- 1 Não sabe qual a sua importância
- 2 Não tem glucómetro
- 3 Não sabe funcionar com o glucómetro
- 4 Não sabe interpretar o valor
- 5 Tem medo de se picar
- 6 Não se sente motivado
- 7 Falta de tempo
- 8 Outro (s) _____
- 9 Todos

62.1.1.- Se sim, a vigilância da glicemia capilar é feita:

- 1 Pelo próprio
- 2 Pelo prestador de cuidados
- 3 Pelo profissional de saúde
- 4 Outro _____

63-Nos casos em que faz vigilância da glicemia capilar:

63.1-Quantas vezes/ semana realiza a monitorização da glicemia capilar?

- 1 Nenhuma
- 2 1-2 vezes
- 3 3-4 vezes
- 4 ≥ 5 vezes

63.2-Em que momento (s) do dia realiza a monitorização da glicemia:

- 1 Jejum
- 2 Pré-prandial
- 3 Pós-prandial
- 4 Outros(s) _____

63.3-Em que zona do corpo executa a picada?

- 1 Dedos das mãos (extremidade central)
- 2 Dedos das mãos (extremidade lateral)
- 3 Outro (s) _____

63.4- Muda o local de punção com frequência?

- 1 Sim
- 2 Não (pica sempre no mesmo local)

63.5- De quanto em quanto tempo troca a agulha da punção?

Após cada picada	Todos os dias	Duas a três vezes por semana	Uma vez por semana	Nenhuma vez durante uma semana
1	2	3	4	5

63.6-Tem cuidado em ajustar o código das tiras de glicemia sempre que troca de caixa?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não é necessário

63.7-Conhece o valor de referência da glicemia em jejum?

- 1 Sim
- 2 Não

63.8-Conhece o valor de referência da glicemia pós-pandrial?

- 1 Sim
- 2 Não

64- Faz vigilância do pé?

- 1 Sim
- 2 Não

64.2.1-Se não, qual (ais) o (s) motivo (s)?

- 1 Não considera importante
- 2 Não tem tempo
- 3 Não sabe avaliar
- 4 Falta de ajuda
- 5 Falta de motivação
- 6 Outro (s) _____

65- Cuidados aos pés	1 Sim	2 Não
65.1- Inspecciona os pés diariamente, incluindo a área entre os dedos?		
65.2- Lava regularmente os pés secando cuidadosamente, especialmente entre os dedos?		
65.3- Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene?		
65.4- Anda descalço?		
65.5- Calça sapatos sem meias?		
65.6- Utiliza calçadas?		
65.7- Aplica creme hidratante nos pés?		
65.8- Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura?		
65.9- Corta as unhas a direito?		
65.10- Lima as unhas com lima de cartão?		
65.11- Usa fontes de calor para aquecer os seus pés?		
65.12- Usa palmilhas ou suportes plantares?		

66- O seu pé é examinado anualmente por um profissional de saúde?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 É avaliado num período de tempo maior
- 4 É avaliado num período de tempo menor
- 5 Nunca foi avaliado

IX – Vigilância do Pé

67- Calçado adequado: 1 Sim 2 Não

68- Deformação ou proeminência óssea: 1 Sim 2 Não

69- Pulso pedioso ou tibial posterior:

69.1- Pé Direito	69.2- Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Presente e Normal	1 <input type="checkbox"/> Presente e Normal
2 <input type="checkbox"/> Presente e Diminuído	2 <input type="checkbox"/> Presente e Diminuído
3 <input type="checkbox"/> Ausente	3 <input type="checkbox"/> Ausente

70- Sensibilidade:

70.1-À pressão Pé Direito	70.2-Táctil Pé Direito	70.3-À pressão Pé Esquerdo	70.4-Táctil Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Protectora	1 <input type="checkbox"/> Protectora	1 <input type="checkbox"/> Protectora	1 <input type="checkbox"/> Protectora
2 <input type="checkbox"/> Não Protectora	2 <input type="checkbox"/> Não Protectora	2 <input type="checkbox"/> Não Protectora	2 <input type="checkbox"/> Não Protectora

71- Temperatura do pé:

Pé Direito	Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Normal	1 <input type="checkbox"/> Normal
2 <input type="checkbox"/> Aumentada	2 <input type="checkbox"/> Aumentada
3 <input type="checkbox"/> Diminuída	3 <input type="checkbox"/> Diminuída

72- Coloração:

Pé Direito	Pé Esquerdo
1 <input type="checkbox"/> Normal	1 <input type="checkbox"/> Normal
2 <input type="checkbox"/> Cianosada	2 <input type="checkbox"/> Cianosada

73- Queratoses: 1 Presentes 2 Ausentes

74- Micoses: 1 Presentes 2 Ausentes

75- Perda da mobilidade articular: 1 Sim 2 Não

76- Úlcera Anterior ou actual: 1 Sim 2 Não

77- Amputação: 1 Sim 2 Não

78- Onde recorre para a vigilância da sua Diabetes?

- 1 Médico de Família
- 2 Enfermeiro de Família
- 3 Hospital
- 4 Outro **78.1-Qual?** _____

79- Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz:

79.1- Médico de família

- 1 Sim
- 2 Não

79.2- Enfermeiro de família

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não tem

80- Tem algum apoio na sua comunidade?

- 1 Sim
- 2 Não

80.1.1- Se sim qual? _____

81- Se for criado um grupo de apoio para os diabéticos na comunidade, gostaria de integrar esse grupo?

- 1 Sim
- 2 Não

82-Já frequentou algumas sessões de educação para a saúde em grupo?

- 1 Sim
- 2 Não

82.2.1- Se não, gostaria de participar?

- 1 Sim
- 2 Não

83- Tem conhecimento de que existem associações protectoras de diabéticos em Portugal?

- 1 Sim
- 2 Não

_____ **XI - Fontes de Informação** _____

84- Quais são as fontes de informação sobre a sua doença?

- 1 Livros
- 2 Televisão
- 3 Familiares
- 4 Enfermeiro
- 5 Médico
- 6 Outros Doentes
- 7 Outros _____

N.º de Inquérito: _____

Nome: _____

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Anexo II – Projeto de intervenção comunitária “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projecto de Intervenção Comunitária

“Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

Ana Maria Ramos, nº 361610021

Porto, Outubro de 2011



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projecto de Intervenção Comunitária

“Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

Ana Maria Ramos, nº 361610021

Sob orientação de: Prof^ª. Norminda Magalhães

Tutora: Enf^ª. Raquel Azevedo

Porto, Outubro de 2011

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	6
1 – PROJECTO “ <i>Vigie a sua diabetes... Cuide de si</i> ”.....	8
1.1 Fundamentação/justificação do projecto	8
1.2 Identificação da população-alvo	13
1.3 Horizonte temporal	13
1.4 Fixação de objectivos	13
1.4.1 Objectivo geral	14
1.4.2 Objectivos específicos	14
1.4.3 Objectivos operacionais ou metas	14
1.5 Indicadores de avaliação	15
1.5.1 Indicadores de processo	15
1.5.2 Indicadores de resultado	17
1.5 Selecção das estratégias e actividades	17
1.6 Recursos	23
1.7 Previsão de barreiras ao projecto	23
1.8 Avaliação	24
2 – NOTA FINAL.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS.....	29
Anexo I – Cronograma do estágio	

Índice de quadros

Quadro 1: Indicadores de Processo.....	5
Quadro 2: Indicadores de Resultado.....	7

Índice de abreviaturas

AEPS – Acção de Educação para a Saúde

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DM – Diabetes mellitus

ICN – International Council of Nurses

Nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

OND – Observatório Nacional da Diabetes

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

UCE – Unidade de Cuidados de Enfermagem

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, e inserido nos Módulos II e III de estágio, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH), no período de 3 de Outubro de 2011 a 11 de Fevereiro de 2012, surge este projecto de intervenção comunitária, intitulado “*Vigie a sua diabetes... Cuide de si*”.

Realça-se que este projecto de intervenção tem por base o diagnóstico de saúde realizado anteriormente, com os utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora.

A importância dos projectos de intervenção comunitária tem sido muito realçada nos últimos anos, pelo que muitos enfermeiros têm considerado a comunidade como o seu principal cliente e, mais recentemente, o seu parceiro. Esta abordagem “*permite identificar as necessidades da comunidade, clarificar problemas, e identificar forças e recursos comunitários*” (Shuster e Goeppinger, 2011, p. 358). Assim, o foco da prática dos enfermeiros é o colectivo, a população e não o indivíduo. A finalidade é a mudança na saúde da comunidade como um todo, no entanto por vezes torna-se necessário a tomada de decisões a um nível individual, pois terão impacto na saúde da comunidade.

Esta perspectiva representa um enorme desafio para a enfermagem, sobretudo devido ao complexo processo de mudança, o qual para “*beneficiar a comunidade como cliente, tem de ocorrer frequentemente a vários níveis, que vão do individual ao social*” (Shuster e Goeppinger, 2011, p. 361).

Além disso, o papel que o enfermeiro assume na comunidade, é também um desafio, uma vez que vai depender da natureza do problema de saúde, da capacidade de tomada de decisão da comunidade e das escolhas profissionais e pessoais. A comunidade requer que o enfermeiro assuma papéis múltiplos, que vão desde o papel de formador, gestor de conflitos, perito técnico, até ao desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas ou colheita de dados e análise. O enfermeiro tem ainda de ser extremamente flexível, uma vez que os papéis a desempenhar podem variar de comunidade para comunidade e até mesmo de intervenção para intervenção numa mesma comunidade.

Os objectivos da elaboração deste projecto de intervenção comunitária são:

- Desenvolver competências de elaboração de um projecto de intervenção comunitária;
- Elaborar o enquadramento e justificação da área de intervenção;
- Definir os objectivos a atingir durante o estágio;
- Apresentar estratégias e actividades a desenvolver, de acordo com a população-alvo e temática a abordar;
- Expôr o cronograma do projecto de intervenção;
- Apresentar os indicadores de avaliação do projecto.

Este documento é constituído por vários subcapítulos que percorrem as etapas de elaboração de um projecto de intervenção, segundo a metodologia do planeamento em saúde, com um destaque especial para a fixação de objectivos, selecção de estratégias e indicadores de avaliação.

I. PROJECTO “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”

Este capítulo apresenta as várias fases do projecto de intervenção comunitária denominado “Vigie a sua diabetes... Cuide de si”, tais como a fundamentação do projecto, identificação da população-alvo e horizonte temporal, fixação de objectivos, selecção de estratégias e indicadores de avaliação, recursos, previsão de barreiras ao projecto e avaliação.

I.1. Fundamentação/justificação do projecto

As doenças crónicas têm aumentado de uma forma bastante expressiva em todo o mundo, com um forte impacto nas taxas de mortalidade e morbilidade, sendo responsáveis por cerca de 60% dos óbitos ocorridos mundialmente e por 44% das mortes prematuras. Estes números revelam o peso das doenças crónicas na sociedade actual, com uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos afectados e um enorme impacto económico negativo, por exemplo, estima-se que a China perca 558 biliões de dólares nos próximos dez anos devido às doenças crónicas, em parte por redução de produtividade (Daar, 2007).

No conjunto das doenças crónicas, destaca-se a diabetes com um crescimento em todas as regiões do mundo e maior prevalência na faixa etária acima dos 45 anos. A tendência portuguesa acompanha a mundial, com aumento da prevalência de 8,2% em 2007 para 12,3% em 2009, na população com idades compreendidas entre 20-79 anos, “o que corresponde a um total de cerca de 983 mil indivíduos” (OND, 2010, p.9). Um facto alarmante resulta da decomposição da taxa de prevalência, visto que 44% dos indivíduos ainda não tinha sido diagnosticado (idem).

O 4º Inquérito Nacional de Saúde refere que a *Diabetes Mellitus* (DM) é uma das doenças crónicas com valores de prevalência superiores na região Norte, relativamente ao Continente (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009). Neste sentido, o Perfil Local de Saúde 2009 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) demonstra a importância de actuação nesta área, pois refere que na taxa de mortalidade padronizada pela idade por causas específicas, destacam-se ainda pela negativa, o tumor maligno do cólon e recto, a diabetes e a doença isquémica do coração.

Tal como já foi referido, a DM tem um papel importante nas causas de morte no nosso país, tendo aumentado ligeiramente a sua influência entre 2000 e 2009. Assim, em 2009, 4,4% dos óbitos ocorridos apresentavam como causa de morte a DM, contra 3% no ano 2000 (OND, 2010).

Considerando os internamentos hospitalares, verifica-se que o número de doentes com diagnóstico principal de DM saídos de internamentos em hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresenta uma tendência de estabilização nos últimos anos. No entanto, o número de doentes em que a DM surge como diagnóstico associado tem vindo a aumentar significativamente (aumentou 101% entre 2000 e 2009). Quanto à duração média dos internamentos associados a descompensação ou complicações da DM, verifica-se uma diminuição progressiva nos últimos anos, no entanto mantém-se cerca de 5 dias mais elevada que a média dos internamentos do SNS (OND, 2010).

Tendo em conta as complicações decorrentes da DM, o número de doentes saídos de internamento hospitalar por “pé diabético” tem-se mantido relativamente constante entre os anos de 2005 e 2009, já o número de amputações major¹ dos membros inferiores tem registado um ligeiro decréscimo desde 2004 (OND, 2010).

Em 2009, a percentagem de doentes saídos de internamento hospitalar com retinopatia diabética foi de 4,2%. Já a prevalência de DM nas pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise foi de 25% em 2009 (OND, 2010).

Realça-se ainda os encargos económicos que uma doença crónica como a DM implica. A título de exemplo, nos últimos 10 anos, o custo médio das embalagens de medicamentos para a DM, duplicou o seu valor. Sendo que a despesa do SNS com esta mesma medicação, mais do que duplicou a sua representatividade no custo total dos medicamentos em ambulatório, entre 2003 e 2009. Assim, em 2009, o custo total da DM foi de 1.500 milhões de euros, o que representa cerca de 0,9% do PIB português (OND, 2010).

Face a estes dados epidemiológicos é perceptível a importância do diagnóstico precoce e sobretudo da prevenção, demonstrando as vantagens e benefícios de estilos de vida saudáveis. Realça-se ainda que perante o diagnóstico e cronicidade da diabetes, o papel do profissional de saúde continua a ser essencial, nomeadamente na promoção da adesão ao regime terapêutico, de forma a prevenir e reduzir possíveis complicações.

¹ Amputação major: amputação de todo o pé ou o membro inferior.

A vigilância global de saúde é essencial para qualquer pessoa, pelo que os diabéticos, enquanto portadores de uma doença crónica, não podem descuidar este parâmetro. Alguns autores alertam que embora o profissional de saúde tenha um papel importante, a responsabilidade de gestão da diabetes, é em último lugar do próprio doente (Glasgow & Anderson, 1999, citado por Sousa, 2003).

Deste modo, tendo em conta as conclusões do diagnóstico de saúde realizado e a importância da vigilância global de saúde para os diabéticos, este projecto de intervenção comunitária procurará colmatar as falhas detectadas nesta área.

Como já referido na introdução, o diagnóstico de saúde realizou-se na freguesia da Senhora da Hora, tendo como população-alvo os utentes diabéticos das clínicas privadas com convénio com o Serviço Nacional de Saúde (n=190). Os dados foram colhidos através do preenchimento de um formulário no domicílio dos utentes, tendo-se obtido 63 respostas válidas. Posteriormente, procedeu-se à análise estatística descritiva e inferencial, o que conduziu à identificação de inúmeros dados com relevância para a intervenção comunitária em saúde. Estes foram agrupadas em grupos-chave, de forma a possibilitar que a definição de prioridades fosse possível, pois o elevado número de problemas identificados tornava a sua priorização extremamente complexa e no final, provavelmente revelar-se-ia pouco útil.

Os problemas de saúde identificados foram priorizados, de acordo com o método de Hanlon e o método de grelha de análise. De seguida, os problemas de saúde identificados foram agrupados, para que as estratégias delineadas dessem resposta a um problema real e não parecessem desfasadas da realidade vivida pelos diabéticos, uma vez que estes apresentam frequentemente dificuldades em várias áreas do tratamento e não em áreas isoladas. Por outro lado, o agrupar dos problemas de saúde permite dar resposta a um maior número de necessidades e de forma mais eficaz, porque mais articulada entre as várias estratégias e com melhor gestão dos recursos disponíveis.

Assim, foram definidas três áreas de actuação:

- Gestão do regime terapêutico (engloba alimentação, exercício físico e regime medicamentoso);
- Vigilância global de saúde;
- Vigilância do pé.

Posteriormente, cada elemento do grupo de estágio escolheu uma área para a elaboração do projecto de intervenção comunitária, sendo a minha área: **Vigilância global de saúde.**

Analisando a definição de prioridades, a vigilância global de saúde compreende: vigilância da glicemia capilar inadequada, comportamento de procura de saúde comprometido, onde englobamos a utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação de forma ineficaz.

Através do diagnóstico de saúde realizado, o problema “vigilância da glicemia capilar inadequada” justifica-se uma vez que uma percentagem elevada da amostra desconhece os seus valores de glicemia em jejum (12,7%), pós-prandial (63,5%) e pré-prandial (76,2%). Neste mesmo sentido, 49,2% da amostra desconhece o valor de referência da hipoglicemia, 39,7% desconhece o valor de referência da hiperglicemia, 36,5% desconhece o valor de referência da glicemia em jejum e 54% o valor de referência da glicemia pós-prandial. Estes dados tornam-se ainda mais relevantes, quando 14,3% não sabe o que fazer ou não faz nada perante um episódio de hipoglicemia e 46% não sabe o que fazer ou não faz nada perante um episódio de hiperglicemia.

Verificou-se ainda que 7,9% da amostra não faz vigilância da glicemia capilar; dos utentes que o fazem, 10,3% não o faz nenhuma vez por semana. Relativamente à técnica de monitorização da glicemia capilar, 70,7% dos indivíduos da amostra executa a picada na extremidade central dos dedos e 19% não alterna o local de picada para monitorização da glicemia capilar.

A monitorização regular da glicemia é um aspecto extremamente importante e que faz parte integral do cuidado do diabético. A primeira razão para a importância desta actividade prende-se com o facto de ser hoje reconhecido que os efeitos da hiperglicemia são acumulativos ao longo do tempo, sendo responsável pelo desenvolvimento de complicações, como retinopatia, nefropatia e pé diabético. Assim, de forma a prevenir estas situações torna-se necessário a monitorização da glicemia regularmente. A segunda razão relaciona-se com a necessidade de atingir patamares glicémicos pré-estabelecidos ao longo do tratamento, o que só é possível sabendo os seus valores. Por último, só conhecendo os valores de glicemia será possível proceder a alterações no regime terapêutico, para que o diabético obtenha a melhor qualidade de vida possível (Rizvi e Sanders, 2006).

Quanto ao problema “comportamento de procura de saúde comprometido”, verificou-se que 34,9% da amostra não está vacinada ou desconhece o seu estado vacinal relativamente à vacina anti-tetânica, assim como 60,3% não vai a consulta de oftalmologia anualmente. Considerando ainda a utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação, os dados obtidos demonstraram que apenas 1,6% da amostra recorre ao seu enfermeiro de família para vigilância da diabetes, sendo que 81% não conhece o seu enfermeiro de família. Quando questionados sobre a participação em acções de educação para a saúde (AEPS), 95,2% nunca o fizeram.

O foco de Enfermagem “Comportamento de procura de saúde” surge na Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE), como “*forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros*” (ICN, 2011, p.44). Neste âmbito, destacamos a actualização do estado vacinal, a utilização correcta dos cuidados de saúde disponíveis na comunidade e a procura de informação sobre a sua doença e tratamento.

O Programa Nacional de Vacinação (PNV), na sua nota introdutória, refere que “*as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico*” (DGS, 2005, p. 7). Em Portugal, desde a sua implementação em 1965, o PNV tem sido um êxito, só possível devido às elevadas coberturas vacinais atingidas para todas as vacinas do programa. Salienta-se que um dos principais objectivos apontados é a vacinação de todos os adultos contra o tétano. Assim, compete aos profissionais de saúde desenvolver intervenções junto das comunidades locais, divulgando o programa, motivando as famílias e aproveitando todas as oportunidades de vacinação.

No caso específico do tétano, em que a vacina deve ser administrada ao longo de toda a vida e de 10 em 10 anos, a protecção é individual, pelo que apenas uma cobertura vacinal de 100%, evitaria o aparecimento de novos casos. Deste modo, realça-se a importância da intervenção do profissional de saúde junto de cada indivíduo, e particularmente junto de cada diabético, uma vez que é portador de uma doença crónica, o que exige maior vigilância de saúde.

Considerando os resultados referidos anteriormente, verificou-se que uma percentagem muito diminuta da população-alvo recorre à consulta de enfermagem para a vigilância da diabetes, sobretudo por desconhecimento da existência da mesma. Este facto demonstra a importância de intervenção nesta área, de forma a promover o acompanhamento do utente diabético por parte do seu enfermeiro de família, o que possibilitará ganhos em

saúde, com o conseqüente impacto na qualidade de vida do diabético e família, assim como a diminuição do impacto social e económico da diabetes, devido ao desenvolvimento de um menor número de complicações.

Coloca-se aqui especial ênfase no enfermeiro de família, uma vez que este *“como o detentor de um papel ao longo de todo o continuum de cuidados, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e protecção da saúde, a prevenção da doença, (...) e de agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde”* (Monteiro, 2009, p. 15), assume-se como um profissional com um papel-chave nos cuidados prestados aos utentes diabéticos e suas famílias.

1.2. Identificação da população-alvo

A população-alvo do projecto é os utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na freguesia da Senhora da Hora (n=190).

1.3. Horizonte temporal

O projecto de intervenção comunitária apresentado é referente ao Módulo II e III de estágio, pelo que o seu horizonte temporal é de 3 de Outubro de 2011 a 11 de Fevereiro de 2012 (Anexo I).

1.4. Fixação de objectivos

A fixação de objectivos assume-se como uma etapa do Planeamento em Saúde que surge após o diagnóstico de situação e a definição de prioridades (Imperator e Giraldes, 1993), pelo que nesta fase conhece-se já em que âmbito decorrerá o projecto a desenvolver (Tavares, 1992).

Imperator e Giraldes (1993, p.77) referem que *“esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”*.

De seguida, apresenta-se o objectivo geral do projecto, bem como os objectivos específicos e os objectivos operacionais.

1.4.1. Objectivo geral

O objectivo geral deste projecto é aumentar a vigilância global de saúde, nos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora.

1.4.2. Objectivos específicos

Os objectivos específicos contribuem para que o objectivo geral seja alcançado, detalhando-o nas suas diversas componentes, o que o torna mais fácil de ser atingido (Tavares, 1992).

Os objectivos específicos são:

- Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar;
- Promover a monitorização da glicemia capilar;
- Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar;
- Treinar com os utentes a técnica de monitorização da glicemia capilar;
- Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado;
- Promover a actualização do estado vacinal dos utentes;
- Informar sobre os recursos da UCE disponibilizados aos utentes diabéticos;
- Orientar para a consulta de Enfermagem.

1.4.3. Objectivos operacionais ou metas

Os objectivos operacionais ou metas definidos são:

- Que pelo menos 20% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, adquiram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar, até Dezembro de 2011;
- Que pelo menos 25% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, recebam informação sobre monitorização regular da glicemia capilar, até Janeiro de 2012;

- Que pelo menos 20% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, adquiram conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica, até Janeiro de 2012;

- Que pelo menos 10% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, efectuem a 1ª dose da vacina antitetânica, até Fevereiro de 2012;

- Que pelo menos 20% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, recebam informação sobre o enfermeiro de família e a consulta de Enfermagem, até Dezembro de 2011;

- Que pelo menos 5% dos utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na freguesia da Senhora da Hora, frequentem a consulta de Enfermagem periodicamente, até Fevereiro de 2012.

1.5. Indicadores de avaliação

Imperator & Giraldes (1993, p.77) definem que um indicador é “uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”.

1.5.1. Indicadores de processo

Os indicadores de processo pretendem medir a actividade desenvolvida pelos profissionais ou serviços de saúde.

Quadro I: Indicadores de Processo

Nome	Construção	Meta
Percentagem de enfermeiros presentes na sessão de sensibilização e apresentação do Diagnóstico de Saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros presentes na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ total de enfermeiros convocados}} \times 100$	30%
Percentagem de utentes presentes na AEPS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes presentes na AEPS}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que confirmaram a presença na AEPS}} \times 100$	10%
Percentagem total de visitas domiciliárias	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliárias programadas}} \times 100$	50%
Percentagem de utentes que receberam panfleto informativo (<i>vigilância da glicemia capilar, vacinação, consulta de Enfermagem</i>)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que receberam panfleto informativo}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes diabéticos das clínicas privadas da freguesia da Senhora da Hora}} \times 100$	25%
Percentagem de utentes que compareceram à consulta de Enfermagem	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que compareceram à consulta de Enfermagem}}{\text{N}^\circ \text{ utentes convocados para a consulta de Enfermagem}} \times 100$	5%
Percentagem de utentes convocados para vacinação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes convocados para vacinação}}{\text{N}^\circ \text{ utentes com estado vacinal desatualizado}} \times 100$	20%
Percentagem de participantes em pelo menos um rastreio na Feira da Saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes em pelo menos um rastreio}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}} \times 100$	70%

1.5.2. Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde (Tavares, 1992), logo permitem reconhecer se os objectivos delineados foram atingidos.

Quadro 2: Indicadores de Resultado

Nome	Construção	Meta
Percentagem de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que não tem conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar}} \times 100$	20%
Percentagem de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que não tem conhecimentos sobre a importância da vacinação antitetânica}} \times 100$	20%
Percentagem de utentes que efectuaram pelo menos uma dose da vacina antitetânica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que efectuaram pelo menos uma dose da vacina antitetânica}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes convocados}} \times 100$	10%
Percentagem de utentes que frequentaram a consulta de Enfermagem periodicamente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que frequentaram a consulta de Enfermagem periodicamente}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes convocados periodicamente para a consulta de Enfermagem}} \times 100$	5%

I.6. Selecção das estratégias e actividades

A etapa de selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais no processo de Planeamento em Saúde e que exige mais criatividade. Assim, pretende-se desenvolver o processo mais adequado à resolução dos problemas em saúde identificados, e que permita “alcançar os *objectivos fixados e inflectir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde*” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 87).

Cada estratégia exige o desenvolvimento de várias actividades, as quais devem ser enunciadas de forma a evitar esquecimentos e manter uma linha condutora do desenvolvimento do trabalho por parte do enfermeiro.

Estratégia I – *Sessão de sensibilização e apresentação do Diagnóstico de Saúde à equipa da UCCSH e Unidade de Cuidados de Enfermagem (UCE)*

Este projecto tem como população-alvo os utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora, pelo que o seu enfermeiro de família pertence à UCE, a qual tem as suas instalações no Centro de Saúde da Senhora da Hora. Como é perceptível pelos objectivos apresentados anteriormente, pretende-se que os utentes reconheçam o enfermeiro de família como um recurso disponível na comunidade e recorram a este regularmente para a vigilância da sua diabetes. Assim, estes objectivos só serão alcançados se a equipa de Enfermagem da UCE se encontrar sensibilizada para o projecto e disponível para colaborar, pelo que a sua sensibilização é a primeira estratégia apresentada.

Realça-se ainda a importância da apresentação do Diagnóstico de Saúde ser efectuada também para a equipa da UCCSH, uma vez que a sua área de influência abrange toda a população residente na freguesia da Senhora da Hora, além de desenvolverem projectos de educação terapêutica para diabéticos.

Actividades:

- Elaborar o planeamento da sessão
- Elaborar diapositivos para apresentação do diagnóstico de saúde da população-alvo
- Definir data e horário
- Realizar convites à Equipa da UCCSH e UCE

Estratégia 2 – Acção de Educação para a Saúde sobre vigilância de glicemia

Acção de Educação para a Saúde sobre vacinação

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008, p. 14) realça que “a promoção da educação do doente diabético é uma premissa fundamental na terapêutica da diabetes, visando torná-lo autónomo, sabendo gerir a doença no dia-a-dia e compreendendo os motivos e os problemas que o levaram a tornar-se uma pessoa com diabetes”. Neste sentido, o programa refere ainda que a intervenção educativa deve focar-se na melhoria do controlo metabólico, apontando como uma das práticas a promover: a utilização dos materiais de auto-vigilância da diabetes.

A educação para a saúde define-se como um “processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde” (Hespanhol et al, 2009, p. 236). Salienta-se um estudo realizado no Brasil com diabéticos, que demonstrou que a AEPS se realizada em grupo, pode assumir-se como uma actividade educativa capaz de contribuir para o despertar da capacidade reflexiva, crítica e criativo do grupo, o que potencia a autonomia do utente face à gestão da sua doença (Rêgo, 2008).

Deste modo, esta estratégia pode englobar dois aspectos distintos: facilitar a aquisição de conhecimentos por parte dos utentes e promover a mudança de comportamentos perante a saúde (Hespanhol et al, 2009), o que se revela essencial numa população diabética com défices na vigilância de saúde.

Nesta estratégia, o material informativo poderá assumir relevância na obtenção de ganhos em saúde. Assim, poderá ser uma forma de suporte da informação oral transmitida durante a intervenção do profissional de saúde, bem como funcionar como reforço da informação sempre que o utente sente necessidade de relembrar algum aspecto abordado com o profissional de saúde.

Realça-se ainda que o material expositivo, como posters ou apresentações multimédia, poderão alertar o utente para determinada problemática e despertar a necessidade de procurar posteriormente o profissional de saúde. Neste sentido, este tipo de material possibilita transmitir informação a um maior número de utentes, com formatos mais apelativos.

Actividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica
- Elaborar o planeamento da sessão
- Elaborar os diapositivos
- Elaborar cartaz para divulgação
- Realizar convocatórias
- Elaborar graficamente material informativo
- Distribuir material informativo

Estratégia 3 – Promoção da vigilância global de saúde, através de visitação domiciliária

A visitação domiciliária revela-se uma estratégia essencial em intervenção comunitária, pelo que o recurso à mesma é frequente. Entre as vantagens mencionadas por Kaakinen & Birenbaum (2011, p. 621), encontramos *“a conveniência do cliente, o controlo do cliente sobre o ambiente, a disponibilidade de uma opção para os clientes que não querem ou não podem deslocar-se, a capacidade de individualizar os serviços e a existência de um ambiente natural e relaxado para a discussão de preocupações e necessidades”*.

Nesta população-alvo em concreto, surge como opção para a promoção da vigilância global de saúde junto dos utentes dependentes e impossibilitados de se deslocarem à UCE, assim como para os utentes que após convocação para as actividades a serem desenvolvidas, não compareçam. Este facto poder-se-á verificar com alguns elementos da população-alvo, uma vez que a grande maioria não tem por hábito deslocar-se à UCE, reconhecendo apenas como recurso de saúde na comunidade, as clínicas privadas, onde encontram o seu médico de família.

Actividades:

- Elaborar o planeamento da visitação domiciliária
- Agendar a visitação domiciliária

Estratégia 4 - Divulgar papel do enfermeiro de família e consulta de Enfermagem

O “Enfermeiro de família”, enquanto modelo organizativo de cuidados, é uma mais-valia na qualidade dos cuidados prestados à população, respondendo às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que preconizam “*um novo paradigma de cuidar, direccionado para a família e assente na efectividade (adequação das respostas), integralidade (visão global) e na proximidade do utente com os serviços de Saúde (acessibilidade)*” (Ferreira, 2010).

Neste sentido e como já referido anteriormente, o enfermeiro de família tem um papel crucial na adesão ao regime terapêutico por parte do utente diabético, uma vez que tal condição depende do próprio e de todo o suporte familiar. A atitude do enfermeiro de respeito e encorajamento da autonomia do utente, e reconhecimento dos direitos do indivíduo e família a tomarem as suas decisões e assumi-las, será essencial no contexto de doença e adesão ao regime terapêutico (Correia, 2007). Cosme (2004, citado por Correia, 2007, pp. 64-65) refere ainda que “*o projecto de cuidados tem que implicar um trabalho de parceria entre os enfermeiros e os diabéticos, onde são definidas metas, objectivos, estratégias e processos de avaliação, que o tornam um mecanismo inovador, permitindo responder aos problemas da população diabética no seu contexto sócio-cultural*”.

Actividades:

- Verificar vigilância em consulta de enfermagem da população-alvo através do sistema informático
- Elaborar cartão/cartaz com horário da consulta de Enfermagem
- Distribuir cartão com horário da consulta de Enfermagem
- Elaborar poster sobre o papel do enfermeiro de família
- Orientar para consulta de Enfermagem

Estratégia 5 – Promoção da vacinação antitetânica

O tétano é uma doença infecciosa que apresenta distribuição mundial. É mais comum no adulto do sexo feminino e aumenta o risco a partir dos 30 anos. Nos últimos anos, tem apresentado uma diminuição da incidência, no entanto, em Portugal, a mortalidade é ainda relevante apesar da descida do número de óbitos que se tem verificado nas últimas décadas (Silva e Félix-Machado, 2000). Realça-se que as taxas de cobertura vacinal são menores nos idosos.

As repercussões da doença com elevados custos económicos e sociais, devido a internamentos hospitalares longos e ao desenvolvimento de incapacidades graves, são incomparavelmente superiores ao custo de uma campanha de imunização (Silva e Félix-Machado, 2000).

Por conseguinte, um dos objectivos do PNV é vacinar todos os adultos contra o tétano, pelo que salienta que todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para que os adultos com o esquema vacinal contra o tétano incompleto o possam completar (DGS, 2005).

Actividades:

- Verificar estado vacinal da população-alvo através do sistema informático
- Elaborar material informativo sobre a vacinação antitetânica
- Convocar para vacinação antitetânica

Estratégia 6 – *Feira da Saúde: Dia Mundial da Diabetes* (actividade conjunta com o restante grupo de estágio)

As feiras da saúde são uma estratégia para proporcionar educação para a saúde a nível primário ou secundário, onde decorrem rastreios, demonstrações, apresentam-se posters educativos e folhetos (Onega e Devers, 2011).

Habitualmente, são dirigidas e programadas para uma população-alvo específica como será o caso: utentes diabéticos da freguesia da Senhora da Hora inscritos nas clínicas privadas, mas abrangem toda a população em geral que queira participar.

Assim, neste projecto será uma forma de celebrar o Dia Mundial da Diabetes, data que pretende chamar a atenção das entidades oficiais, dos profissionais de saúde, da comunicação social e da comunidade em geral para a problemática da Diabetes Mellitus.

Actividades:

- Reservar o local para a realização da feira
- Contactar possíveis patrocinadores
- Contactar profissionais de saúde, palestrantes e outros colaboradores

- Elaborar cartaz e folhetos para divulgação
- Distribuir folhetos
- Reunir material necessário para a realização da feira

I.6. Recursos

A definição antecipada dos recursos necessários ao projecto de intervenção revela-se extremamente importante, de forma a reconhecer o que já existe e o que será necessário adquirir. Assim como, permitirá efectuar uma gestão mais eficaz dos recursos, num tempo em que estes são escassos e dispendiosos.

Recursos humanos:

- Enfermeiras estagiárias do mestrado
- Enfermeiros de família da população-alvo
- Enfermeiros da UCCSH
- Outros profissionais de saúde (convidados)

Recursos materiais:

- Computador
- Projector multimédia e tela
- Instalações para o desenvolvimento das actividades
- Impressora
- Material de escritório (papel, canetas, etc.)
- Extensões eléctricas
- Automóvel

I.7. Previsão de barreiras ao projecto

Neste caso em concreto, a maior barreira que poderá condicionar a realização do projecto e o atingir dos objectivos delineados será o contacto escasso que a população-alvo tem com o centro de saúde e mais especificamente com o enfermeiro de família.

Por outro lado, a população-alvo poderá encontrar-se pouco receptiva à informação que se pretende transmitir e às actividades propostas, visto que a mudança de hábitos de vida é habitualmente encarada como algo penoso e desagradável.

1.8. Avaliação

A avaliação do projecto é realizada através do cálculo dos indicadores de avaliação apresentados anteriormente, o que permitirá determinar se os objectivos estabelecidos foram atingidos.

2. NOTA FINAL

No final da elaboração deste projecto, considero que atingi os objectivos propostos com a elaboração do mesmo, adquirindo conhecimentos na temática do planeamento em saúde.

Saliento ainda um dos princípios que norteou o desenvolvimento do projecto: a importância de trabalhar com a comunidade e com os profissionais de saúde da área, para que as actividades desenvolvidas e implementadas ao longo do projecto, possam ter continuidade após o término do estágio. Assim, procurou-se que as opções feitas fossem simples, de forma a possibilitar mudanças reais no estado de saúde da população-alvo, procurando evitar estratégias muito elaboradas mas sem resultados práticos.

Gostaria ainda de realçar as dificuldades sentidas ao elaborar pela primeira vez um projecto de intervenção comunitária, o que implicou uma extensa pesquisa bibliográfica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARS NORTE, I. P. – Perfil local de saúde 2009: Região Norte [Em linha]. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P., 2009. [Consult. 31 Mar. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.destaquesdodia.com/wp-content/uploads/2010/12/ARSN-Perfil-de-Sa%C3%BAde-da-Regi%C3%A3o-Norte-2009.pdf>>

ARS NORTE, I. P. – Perfil local de saúde 2009: ULS Matosinhos [Em linha]. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P., 2009. [Consult. 31 Mar. 2011]. Disponível na WWW:<URL:http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/PDF_PLS09_11_Matosinhos.pdf>

CORREIA, Carla Susana Lopes – Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem. Lisboa: [s. n.], 2007. Tese de mestrado.

DAAR, Abdallah S., et al – Grand challenges in chronic non-communicable diseases. Nature [em linha]. Vol. 450 (2007), p. 494-496. [Consult. 10 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.nature.com/nature/journal/v450/n7169/full/450494a.html>>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: DGS, 2008. 24 p. ISBN 978-972-675-180-9.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE: Divisão de Doenças Transmissíveis – Programa Nacional de Vacinação 2006. Lisboa: DGS, 2005. 84 p. ISBN 972-675-136-5.

FERREIRA, Luís - De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”? [Em linha]. Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. 26 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>>

HESPAÑHOL, Alberto Pinto, et al – Educação para a saúde e prevenção na consulta de medicina geral e familiar. Rev Port Clin Geral [Em linha]. Vol. 25 (2009), p. 236-241. [Consult. 24 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.apmcg.pt>>

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

International Council of Nurses – **CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

KAAKINEN, Joanna Rowe; BIRENBAUM, Linda K. – Desenvolvimento da Família e Apreciação de Enfermagem da Família. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 574-604.

MONTEIRO, Maria João Pinto – Enfermagem de família: a construção de competências. In Da investigação à prática de Enfermagem de Família [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. [Consult. 23 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf>

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – **Diabetes: factos e números 2010: relatório anual do observatório nacional da diabetes**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

ONEGA, Lisa L.; DEVERS, Edie – Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 302-330.

RÊGO, Maria Aparecida Barbosa – Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem junto às pessoas portadoras de diabetes. Revista Electrónica de Enfermagem [Em linha]. Vol. 10, nº 1, (2008), p. 263-265. [Consult. 24 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a30.pdf>>

RIZVI, Ali A.; SANDERS, Michelle B. – Assessment and monitoring of glycemic control in primary diabetes care: monitoring techniques, record keeping, meter downloads, tests of average glycemia, and point-of-care evaluation. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners [Em linha]. Vol. 18 (2006), p. 11-21. [Consult. 22 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403208>>

SHUSTER, George F.; GOEPPINGER, Jean – A comunidade como cliente: apreciação e análise. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 356-389.

SILVA, Eugénia Enes da; FÉLIX-MACHADO, Maria Conceição – Situação vacinal: tétano. Rev Port Clin Geral [Em linha]. Vol. 16 (2000), p. 125-138. [Consult. 27 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.apmcg.pt>>

SOUSA, Maria Rui Miranda Grilo Correia de – Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Braga: [s. n.], 2003. Tese de mestrado.

TAVARES, António – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.

ANEXOS

Anexo III – Planeamento da sessão de apresentação do Diagnóstico de Saúde



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**Apresentação do Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos
inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da
Senhora da Hora**

Planeamento

Alunas: Ana Maria Ramos

Ana Sofia Tomé

Helena Festas

Porto, Novembro de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**Apresentação do Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos
inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da
Senhora da Hora**

Planeamento

Alunas: Ana Maria Ramos

Ana Sofia Tomé

Helena Festas

Sob orientação de: Prof. Norminda Magalhães

Tutora: Enf.^a Raquel Azevedo

Porto, Novembro de 2011

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	5
1. PLANEAMENTO.....	6
1.1 Pertinência.....	6
1.2 Formulação de objectivos.....	7
1.3 Selecção e organização de conteúdos.....	7
1.4 Plano de sessão.....	8
1.5 Estratégias de avaliação.....	9
1.6 Recursos.....	9
2. EXECUÇÃO.....	10
3. AVALIAÇÃO.....	11
4. CONCLUSÃO.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	13
ANEXOS.....	14
Anexo I – Convite enviado às clínicas privadas	
Anexo II – Diapositivos	

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

UCCSH - Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

UCESH - Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora

0. INTRODUÇÃO

A elaboração de um Diagnóstico de saúde de uma comunidade é um processo complexo, que implica a colaboração entre os vários profissionais que compõem as unidades de saúde, não podendo considerar-se isoladamente cada vertente.

Assim, torna-se fundamental apresentar os resultados do Diagnóstico de saúde realizado, aos profissionais de saúde que não estiveram directamente envolvidos na realização destes, permitindo que também eles possam realizar e/ou colaborar em projectos de intervenção, estando na posse dos conhecimentos necessários. Acima de tudo, e como nos dizem Imperatori e Giraldes (1993), há que evitar intervenções isoladas.

No âmbito do Módulo II: Projecto de Intervenção, integrado no 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH) entre 3 Outubro e 26 Novembro de 2011, desenvolveu-se o presente documento.

Este trabalho corresponde ao planeamento da apresentação aos profissionais de saúde da UCCSH e Unidade de Cuidados de Enfermagem Senhora da Hora (UCESH) do Diagnóstico de Saúde efectuado aos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

O Diagnóstico de Saúde foi realizado entre Maio e Junho de 2011, no sentido de identificar os problemas e necessidades desta comunidade específica, tendo sido efectuada posteriormente a definição das prioridades tendo em conta os problemas/necessidades encontrados.

Pretende-se que os profissionais das Unidades atrás referidas tenham conhecimento do trabalho efectuado para a obtenção do Diagnóstico de saúde, dos resultados obtidos que permitem caracterizar a população em estudo, assim como dos projectos de intervenção traçados para darem resposta aos problemas detectados. Da mesma forma, pretende-se que estes profissionais possuam as informações necessárias para que futuramente possam fazer uso delas e elaborar outros projectos de intervenção que considerem importantes.

Os objectivos da elaboração deste documento são:

- Desenvolver competências de elaboração de um planeamento;
- Planear uma das estratégias do projecto de intervenção;
- Dar resposta a uma das vertentes de avaliação do estágio.

O trabalho encontra-se sub-dividido em três capítulos: planeamento, execução e avaliação, sendo que o primeiro capítulo apresenta as várias etapas que permitiram a realização desta actividade, o segundo capítulo apresenta os diversos obstáculos que foram sentidos e como foram ultrapassados e por fim o capítulo da avaliação onde se encontra o cálculo dos indicadores traçados no planeamento e a análise dos resultados obtidos.

1. PLANEAMENTO

Este capítulo compreende o planeamento da apresentação do diagnóstico de saúde com as suas várias etapas, o que se revela extremamente importante para o sucesso da acção, uma vez que *“planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher as soluções óptimas entre várias alternativas”* (Tavares, 1992, p.29).

1.1 Pertinência

Como nos diz Miranda (2010) *“a formação em contexto clínico deve conter em si o manancial de saberes que satisfaçam as necessidades da organização (por extensão do serviço), dos profissionais e dos utilizadores (indivíduo, famílias e comunidade), pelo que deverá ser entendida numa tripla vertente de saberes: saber (dimensão cognitiva), saber fazer (dimensão operativa/técnica) e saber ser e estar (dimensão ética e relacional); para tal, a articulação de ser transversal e ter um carácter evolutivo”*.

O mesmo autor, citando Amiguinho (1992) e Carvalho (1996) considera a importância da formação em contexto clínico pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transpostos para o espaço do cuidar, possam resultar numa mais-valia para o profissional de saúde e para o utentes.

A necessidade sentida para a apresentação dos resultados do Diagnóstico de saúde aos profissionais de saúde da UCCSH e UCESH, prende-se com a importância de se exporem os resultados do trabalho efectuado, para que toda a equipa de saúde possa estar a par dos problemas e necessidades da população estudada, assim como para que possa posteriormente desenvolver projectos nesta área.

Pretende-se também que a equipa de saúde esteja a par dos projectos que estão em curso para dar resposta aos problemas detectados, para que possam de alguma forma contribuir para o seu sucesso.

Pelo mesmo motivo, decidiu-se convidar os médicos das clínicas privadas da Senhora da Hora (Anexo I), para assistirem a esta apresentação, de modo a procurar

uma maior aproximação destes profissionais à equipa de Enfermagem que segue os mesmos utentes na UCESH.

Assim, definiu-se como **população-alvo (n=27)**:

- Profissionais de saúde da UCCSH (21 profissionais);
- Profissionais de saúde da UCESH (6 enfermeiros).

1.2 Formulação de objectivos

Como objectivo geral, foi definido:

- Apresentar o Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, aos profissionais de saúde da UCESH e UCCSH.

Como objectivos específicos, foram definidos:

- Definir o dia, local e hora da apresentação;
- Seleccionar os conteúdos a serem apresentados na sessão;
- Construir os diapositivos para a apresentação;
- Definir as formadoras que vão efectuar a apresentação;
- Convidar os profissionais para assistirem à apresentação.

O objectivo operacional/meta é:

- Que 30% da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH esteja presente na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde, no dia 8 de Novembro de 2011.

1.3 Selecção e organização de conteúdos

Foi definido que a melhor estratégia para apresentar os resultados do Diagnóstico de saúde será o método expositivo com recurso de meios auxiliares de ensino e aprendizagem, utilizando a apresentação multimédia em *PowerPoint®* (Anexo II).

Os conteúdos seleccionados para serem abordados foram:

- Metodologia do Planeamento em Saúde;
- Objectivos;
- Diagnóstico de situação de saúde:
 - População-alvo;
 - Colheita de dados;
 - Indicadores de avaliação;
 - Estatística descritiva;
- Conclusões do Diagnóstico;
- Determinação de prioridades.

1.4 Plano de sessão

Apresenta-se de seguida, o plano da sessão.

<p>Formadoras: Ana Ramos, Ana Sofia Tomé, Helena Festas</p> <p>Tema: Apresentação do Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.</p> <p>Grupo – alvo: Profissionais de saúde da UCCSH e UCESH.</p> <p>Data: 8 Novembro 2011.</p> <p>Hora: 14:30 horas.</p> <p>Local: Centro de Saúde da Senhora da Hora – UCCSH – Biblioteca.</p> <p>Duração: 30 minutos.</p> <p>Objectivo: Apresentar o Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.</p>		
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia
Introdução 2 minutos	- Apresentação dos intervenientes e tema;	Método afirmativo
Desenvolvimento 20 minutos	- Metodologia do Planeamento em Saúde - Objectivos - Diagnóstico de situação de saúde População-alvo Colheita de dados Indicadores de avaliação Estatística descritiva - Conclusões do Diagnóstico - Determinação de prioridades	Método afirmativo-expositivo: Com recurso a apresentação multimédia
Conclusão 8 minutos	- Síntese das ideias centrais - Esclarecimento de dúvidas	Método afirmativo

1.5 Estratégias de avaliação

Como **indicador de avaliação** desta sessão, foi definido:

- ↪ Percentagem de profissionais da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH presentes na apresentação dos resultados do Diagnóstico de saúde, no dia 8 de Novembro de 2011.

$$\frac{\text{Nº de profissionais presentes na sessão de apresentação do Diagnóstico}}{\text{Nº total de profissionais que compõem a UCCSH e UCESH}} \times 10^2$$

A **meta** estabelecida foi de 30%.

Posteriormente, será calculado o indicador de avaliação e analisado o sucesso da sessão de apresentação.

1.6 Recursos

A definição dos recursos necessários para as sessões de formação é um momento importante para o seu sucesso.

Como recursos humanos:

- As três enfermeiras em estágio – Ana Maria Ramos, Ana Sofia Valente e Helena Festas.

Como recursos materiais:

- Sala de reuniões/biblioteca, com pelo menos 20 cadeiras;
- Projector multimédia;
- Tela para projecção;
- Computador.

2. EXECUÇÃO

Neste capítulo devem ser referidos os obstáculos e dificuldades que surgiram no desenrolar da sessão de apresentação do Diagnóstico, bem como as estratégias utilizadas para os ultrapassar.

Considera-se que a falta de motivação entre os profissionais poderá ser um obstáculo à sua presença nesta sessão, assim como o excesso de trabalho que não os permita estar presentes. Contudo, temos esperança que o trabalho desenvolvido durante este estágio seja um factor motivador para a equipa de saúde, nomeadamente à equipa da UCESH, dado que fornece uma ajuda preciosa no conhecimento desta população específica e na divulgação do trabalho da própria equipa da UCESH.

Quanto à equipa médica das clínicas privadas, decidiu-se convidá-los a estarem presentes nesta sessão, uma vez que também eles prestam cuidados aos utentes que fazem parte da população-alvo. A não adesão destes profissionais a esta sessão poderá ser significativa, dado que parecem não ter uma afinidade em termos de trabalho de equipa, com a UCESH.

3. AVALIAÇÃO

A avaliação desta sessão de formação em serviço é efectuada pelo cálculo do indicador atrás definido.

Assim, o indicador traçado foi o seguinte:

↪ Percentagem de profissionais da equipa de saúde que integra a UCCSH e UCESH presentes na apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação de saúde, no dia 8 de Novembro de 2011.

$$\frac{\text{Nº de profissionais presentes na sessão de apresentação do Diagnóstico}}{\text{Nº total de profissionais que compõem a UCCSH e UCESH}} \times 10^2$$

A **meta** previamente estabelecida foi de 30%.

Considerando que estiveram presentes 10 profissionais, num total de 27 que compõem as duas unidades de saúde, **o resultado obtido foi: 37%**.

Podemos assim, inferir que a meta deste indicador foi conseguida e ultrapassada, considerando positivo o interesse dos profissionais da UCCSH e UCESH em obter informações acerca da população estudada.

Por outro lado, consideramos que a ausência dos médicos das clínicas privadas na sessão de apresentação do Diagnóstico de saúde é preocupante, uma vez que todos trabalhamos para melhorar o nível de saúde da população e só com o conhecimento das suas necessidades poderemos dar uma resposta apropriada e eficaz para a resolução dos problemas.

4. CONCLUSÃO

O planeamento de uma sessão de formação a profissionais de saúde terá obrigatoriamente de seguir trâmites diferentes daqueles necessários para o planeamento das sessões de educação para a saúde aos utentes.

Desde logo, há que ter em atenção o público-alvo à qual esta sessão de formação se destina – profissionais de saúde com um nível de formação superior, o que exigirá rigor na selecção da linguagem a utilizar, nos conteúdos apresentados, assim como na selecção da aparência estética da apresentação em si.

O planeamento da sessão de apresentação do Diagnóstico permitiu-nos percorrer sobre as suas várias etapas, tentando prever na medida do possível as necessidades em termos de recursos, os obstáculos que poderão surgir, resumindo no plano da sessão os aspectos essenciais. Consideramos que os objectivos deste planeamento foram atingidos.

A realização da sessão decorreu sem atritos relevantes, mostrou o interesse dos profissionais em conhecerem os resultados do Diagnóstico de saúde efectuado, reconhecendo a importância de possuírem estas informações para melhorarem o seu trabalho e poderem contribuir também para obter ganhos em saúde nesta comunidade.

BIBLIOGRAFIA

TAVARES, António – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

MIRANDA, António José de Almeida – **Formação na Prática Clínica de Enfermagem: Os Saberes do Cuidar**. Lisboa, 2010. [Consult. em 27 Nov. 2011]. Disponível na URL: <http://www.apecsp.com/2010/03/formacao-na-pratica-clinica-de-enfermagem-os-saberes-do-cuidar/>, consultado em 27-11-2011

ANEXOS

Anexo I – Convite enviado às clínicas privadas

Exmo. Sr. Dr....

Assunto: Convite para “Apresentação de Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na Senhora da Hora”

Senhora da Hora, 31 de Outubro de 2011

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto e encontrando-nos a realizar estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, foi elaborado um diagnóstico de saúde aos utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora, durante os meses de Maio e Junho de 2011.

Vimos por este meio convidar V/Excelências a assistir à apresentação dos resultados do referido diagnóstico de saúde, que irá decorrer no dia 8 de Novembro de 2011, pelas 14h30 no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

Gratas pela atenção,

Com os melhores cumprimentos,

Anexo II – Diapositivos



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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Diagnóstico de Saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na Senhora da Hora

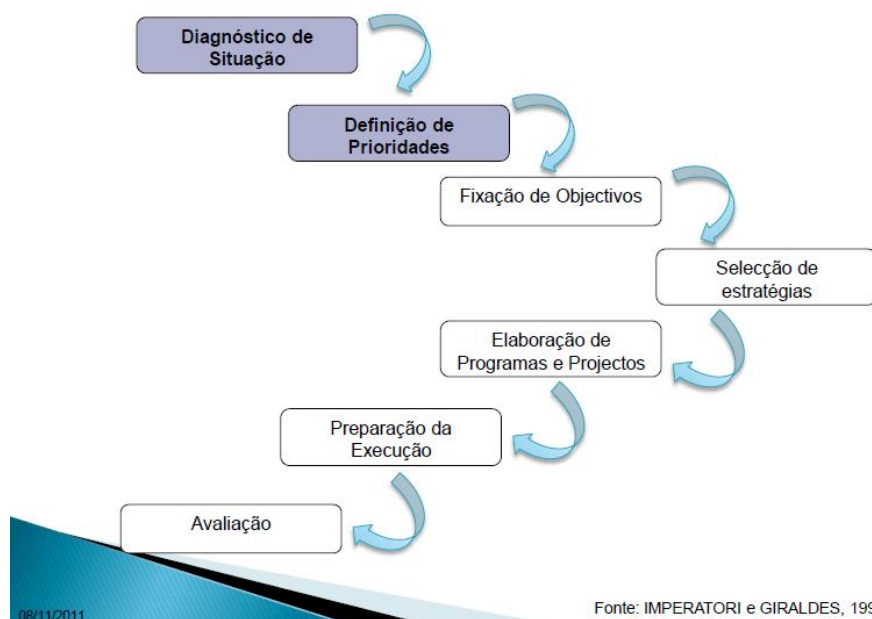


Realizado por:
Ana Maria Ramos
Ana Sofia Tomé
Helena Festas

Sumário

Metodologia do Planeamento em Saúde
Objectivos
Diagnóstico de situação de saúde
 População-alvo
 Colheita de dados
 Indicadores de avaliação
 Estatística descritiva
Conclusões do Diagnóstico
Determinação de prioridades

Metodologia do Planeamento em Saúde



Objectivos

Objectivo Geral

Elaborar o diagnóstico de saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas, residentes na Senhora da Hora.

Objectivos Específicos

Planear o diagnóstico de saúde
Executar o diagnóstico de saúde
Apresentar o diagnóstico de saúde

População - alvo

Critérios de inclusão:

- Apresentar diagnóstico de Diabetes *Mellitus*;
- Ser utente das clínicas privadas da Senhora da Hora;
- Ser residente na freguesia da Senhora da Hora;
- Estar presente no domicílio aquando da abordagem;
- Aceitar participar voluntariamente.

Inicialmente n=196

Aplicando os critérios de inclusão **n=190**

08/11/2011

5

Colheita de Dados

- ❖ Realizada entre 16 e 31 de Maio de 2011
- ❖ Aplicado um formulário, preenchido pelas investigadoras
- ❖ Estratégia - Visitação Domiciliária
- ❖ A população-alvo inicial (n=196) foi contactada previamente via telefone:
 - 30 utentes com números errados, não atribuídos ou sem número
 - 63 não atenderam ao telefonema
- ❖ Nº de contactos telefónicos efectivos – 103 (62%)
- ❖ Após o contacto telefónico, foram aplicados os critérios de inclusão:

População-alvo de 190 utentes

08/11/2011

6

Colheita de Dados

- ❖ Visitações domiciliárias – 128 (67%)
- ❖ N° de respostas ao formulário – 63 (33%)
- ❖ Taxa de visitas domiciliárias efectivas – 49%

Amostra de conveniência – 63 indivíduos



08/11/2011

7

Indicadores de avaliação

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	CONSTRUÇÃO	META	RESULTADO
% de contactos telefónicos prévios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ contactos efectivos}}{\text{N}^\circ \text{ tentativas contactos}} \times 10^2$	60%	62%
% de VD efectuadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ VD efectuadas}}{\text{População total}} \times 10^2$	45%	67%
% de VD efectivas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ VD efectivas}}{\text{N}^\circ \text{ VD efectuadas}} \times 10^2$	40%	49%
% de respostas ao formulário	$\frac{\text{N}^\circ \text{ respostas ao formulário}}{\text{População total}} \times 10^2$	40%	33%



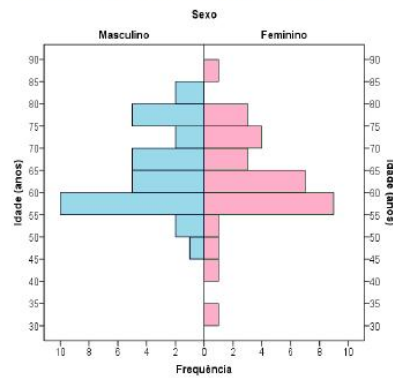
08/11/2011

8

Estatística Descritiva

I – Caracterização Socio-demográfica

Pirâmide etária da amostra



31 do sexo feminino e 32 do sexo masculino

Estatística Descritiva

Características antropométricas da amostra

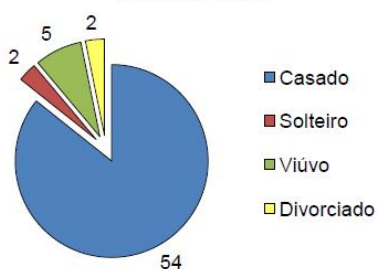
Dados antropométricos	Média	Desvio-Padrão	Máximo	Mínimo
Idade (anos)	63,22	9,91	85	32
Peso (Kg)	75,37	10,65	97	51
Altura (cm)	163,02	8,73	182	147
IMC (Kg/m ²)	28,48	4,24	40,9	18,3

Estatística Descritiva

Habilitações literárias

Habilitações Literárias	N	%
Ensino Básico incompleto	5	7,9
Ensino Básico	45	71,4
Ensino Secundário	12	19
Ensino Superior	1	1,6

Estado civil

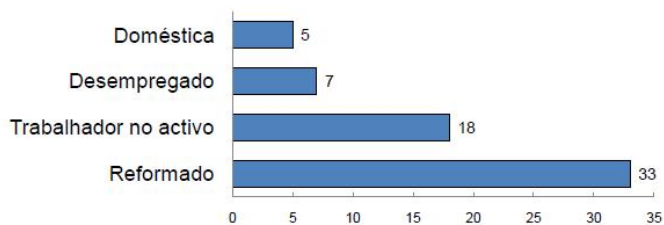


08/11/2011

11

Estatística Descritiva

Actividade profissional



Tipo de família

- Nuclear 47 (74,6%)
- Alargada 11 (17,5%)
- Unipessoal 3 (4,8%)
- Reconstruída 1 (1,6%)
- Monoparental 1 (1,6%)

08/11/2011

12

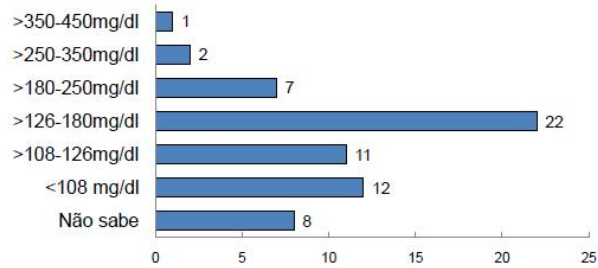
Estatística Descritiva

II – Caracterização Clínica

Tensão Arterial

- Hipertensão Arterial – 37 (58,7%)
- Normotensos – 24 (38,1%)

Glicemia capilar em jejum

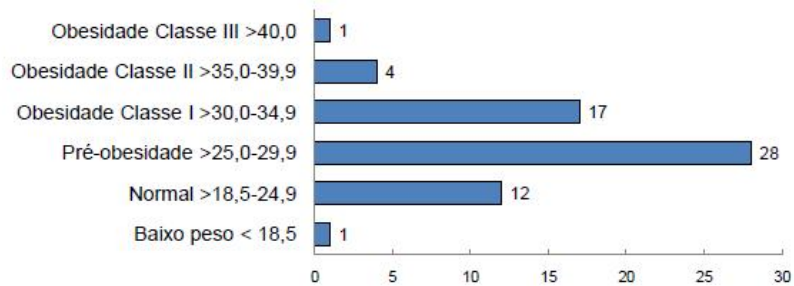


08/11/2011

13

Estatística Descritiva

Índice de Massa Corporal



08/11/2011

14

Estadística Descritiva

Perímetro abdominal

Sexo masculino

< 94cm – 7 (11,1%)
Entre 94cm e 102cm – 14 (22,2%)
>102cm – 11 (17,5%)

Sexo feminino

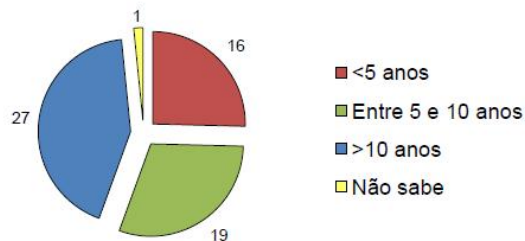
< 80cm – 1 (1,6%)
Entre 80cm e 88cm – 5 (7,9%)
> 88cm – 25 (39,7%)

08/11/2011

15

Estadística Descritiva

Ano de diagnóstico da Diabetes



Tipo de Diabetes



Diabetes tipo 2 – 57 (90,5%)
Diabetes tipo 1 – 2 (3,2%)
Outro tipo – 1 (1,6%)
Gestacional – 3 (4,8%)

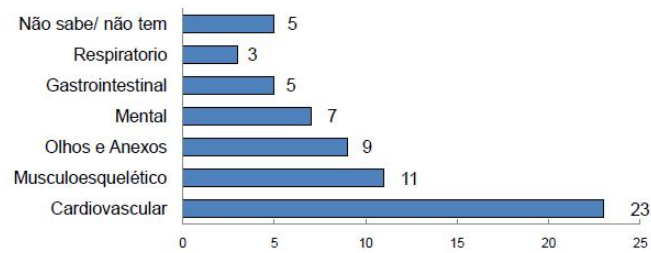
08/11/2011

16

Estadística Descritiva

III – Antecedentes Pessoais

Patologias associadas



09/11/2011

17

Estadística Descritiva

Hábitos tabágicos

Não fumadores – 37 (58,7%)

Ex-fumadores – 21 (33,3%)

Fumadores – 5 (7,9%)

Vacina anti-tetânica

Sim – 41 (65,1%)

Não – 12 (19%)

Desconhecem – 10 (15,9%)

09/11/2011

18

Estatística Descritiva

IV – Gestão do Regime Terapêutico e Necessidades de Suporte

Quem faz a gestão do regime terapêutico

O próprio com ajuda – 34 (54%)

O próprio – 29 (46%)

Áreas em que necessita de ajuda	N	%
Alimentação	19	30,1
Vigilância da glicemia capilar	5	7,9
Toma de medicação oral	4	6,3
Medicação injectável	2	3,2
Vigilância dos pés	2	3,2
Outras	2	3,2

08/11/2011

19

Estatística Descritiva

Conhecimento dos valores de referência da glicemia em jejum e pós-prandial

Não conhecem o valor da glicemia em jejum – 23 (36,5%)

Não conhecem o valor da glicemia pós-prandial – 34 (54%)

Conhecimento dos valores de referência da hipoglicemia e hiperglicemia

Não conhecem o valor hipoglicemia – 31 (49,2%)

Não conhecem o valor de hiperglicemia – 25 (39,7%)

08/11/2011

20

Estatística Descritiva

V – Regime Medicamentoso

54 (85,7%) toma antidiabéticos orais

13 (20,6%) têm prescrição de insulina

58 (92,6%) referiram não ter dificuldade na toma de medicação

Alternância do local de administração da insulina

Dos 13 utentes que administram insulina, apenas 3 não alternam o local de administração



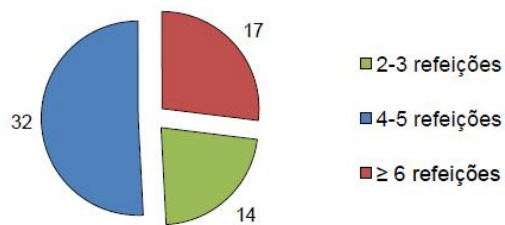
21

Estatística Descritiva

VI – Alimentação

54 (85,7%) reconheceram vantagens de uma alimentação adequada

Número de refeições por dia



22

Estatística Descritiva

Intervalo entre refeições	N	%
Diurno, superior a 3 horas	42	66,7
Nocturno, superior a 8 horas	55	87,3

61 (96,8%) ingere legumes e vegetais às principais refeições

59 (93,7%) ingere sopa no início das principais refeições

Conteúdo da sopa:

Legumes e batatas - 49,2%

Só com legumes - 28,8%

Legumes, batata e massa/arroz – 22%

08/11/2011

23

Estatística Descritiva

Ingestão de fruta

38 (60,3%) – ingere 2-3 peças de fruta por dia

46,7% - à sobremesa

30% - à sobremesa e fora das refeições principais

23,3% - no intervalo entre as refeições principais

36 (60%) nunca acompanha a fruta com hidratos de carbono, fora das principais refeições

08/11/2011

24

Estatística Descritiva

Tipo de comida ingerida

Ingere com mais frequência	N	%
Cozidos e grelhados	35	55,6
Fritos	4	6,3
Estufados	2	3,2
Todos	22	34,9

23 (36,5%) consome regularmente carnes vermelhas

32 (50,8%) ingere **bebidas alcoólicas** diariamente

Destes, 28 (87,5%) referiu ingerir menos de 250ml

08/11/2011

25

Estatística Descritiva

Ingestão de açúcar ou adoçante

Ingere açúcar ou adoçante	N	%
Adoçante	32	50,8
Açúcar	18	28,6
Nenhum	13	20,6

Ingestão de bolos ou doces

Ingestão de bolos ou doces	N	%
Apenas em ocasiões especiais	40	63,5
Algumas vezes por mês	13	20,6
Algumas vezes por semana	5	7,9
Nunca	4	6,3
Todos os dias	1	1,6

08/11/2011

26

Estatística Descritiva

Seguir a dieta recomendada

19 (30,2%) referiram ter dificuldades

Motivos

Dificuldades em seguir dieta	N	%
Outro (preparar refeições para toda a família, não ser o próprio a cozinhar)	10	52,6
Falta de motivação	6	31,6
Não tem dinheiro	2	10,5
Falta de tempo	1	5,3
Total	19	100,0

08/11/2011

27

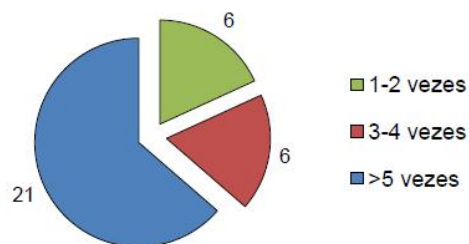
Estatística Descritiva

VII – Exercício Físico

50 (79,4%) reconhecem vantagens da prática de exercício físico

33 (52,4%) praticam exercício físico

Prática de exercício físico semanal



O exercício mais praticado é a caminhada/ corrida – 26 (78,8%)

08/11/2011

28

Estatística Descritiva

30 (47,6%) **não praticam** exercício físico

Motivo para não praticar exercício físico

Motivos	N	%
Não tem motivação	13	43,3
Tem limitações físicas	8	26,7
Não tem companhia	4	13,3
Outro	4	13,3
Falta de tempo	1	3,3
Total	30	100

Estatística Descritiva

VIII – Vigilâncias

Vigilância da glicemia capilar

58 (92,1%) efectua a vigilância da glicemia capilar

5 (7,9%) não efectuam

Principais motivos:

não ter glucómetro (2)

não se sentir motivado (2)

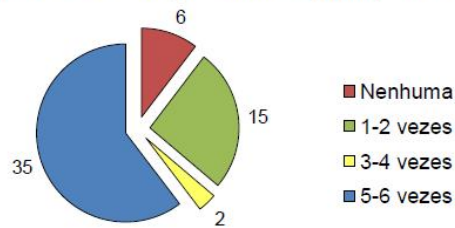
ter medo de se picar (1)

Estatística Descritiva

Quem faz a vigilância da glicemia capilar

Vigilância glicemia	N	%
O próprio	50	86,2
O prestador de cuidados	5	8,6
O profissional de saúde	2	3,4
Outros	1	1,7
Total	58	100

Monitorização da glicemia capilar por semana



08/11/2011

31

Momento da monitorização

Momento do dia	N	%
Jejum	35	60,3
Mais de uma vez/ dia	18	31
Pré-prandial	2	3,4
Pós-prandial	3	5,2
Total	58	100

Estatística Descritiva

Local da picada

Zona do corpo	N	%
Dedos – extremidade central	41	70,7
Dedos – extremidade lateral	16	27,6
Outro	1	1,7
Total	58	100

47 (81%) utentes referiram mudar o local com frequência

08/11/2011

32

Estadística Descritiva

Vigilância dos pés

15 (23,8%) não faz auto-vigilância

Motivos:

- não considerar importante
- não saber avaliar
- falta de ajuda
- não se sentir motivado

49 (79,4%) não é vigiado regularmente por um profissional de saúde

08/11/2011

33

Estadística Descritiva

Comportamentos preventivos mais frequentes:

- ❖ Inspeccionar diariamente, incluindo a área entre os dedos - 53 (84,1%)
- ❖ Cortar as unhas a direito - 48 (76,2%)
- ❖ Verificar a temperatura da água antes dos cuidados de higiene - 39 (61,9%)

Comportamentos inadequados mais frequentes:

- ❖ Uso de sapatos sem meias - 29 (46%)
- ❖ Utilizar fontes de calor para aquecer os pés - 20 (31,7%)
- ❖ Andar descalço - 11 (17,5%)

08/11/2011

34

Estadística Descritiva

Vigilância dos pés efectuada durante as entrevistas

Vigilância dos pés	N	%
Usa calçado adequado	40	63,5
Apresenta queratoses	35	55,6
Apresenta micoses	26	41,3
Apresenta deformação ou proeminência óssea	20	31,7
Úlcera anterior ou actual	10	15,9
Apresenta perda de mobilidade articular	9	14,3
Amputação	1	1,6

Estadística Descritiva

Avaliação pulso pedioso

Pulso pedioso	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Presente e normal	45	71,4	48	76,2
Presente e diminuído	16	25,4	14	22,2
Ausente	2	3,2	1	1,6

Avaliação da sensibilidade à pressão

Sensibilidade à pressão	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Protectora	56	88,9	54	85,7
Não protectora	7	11,1	9	14,3

Estadística Descritiva

Avaliação da temperatura

Temperatura dos pés	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Normal	57	90,5	57	90,5
Diminuída	6	9,5	6	9,5

Avaliação da coloração

Coloração dos pés	Pé direito		Pé esquerdo	
	N	%	N	%
Normal	62	98,4	62	98,4
Cianosada	1	1,6	1	1,6

08/11/2011

37

Estadística Descritiva

*International Working Group
on Diabetic Foot (1999)*



**Sistema de classificação de risco
dos pés**

Subdividido em quatro grupos:

- 0 – Sensibilidade intacta
- 1 – Sensibilidade diminuída/ Circulação arterial intacta e sem deformações no pé
- 2 – Sensibilidade diminuída/ Circulação arterial afectada ou deformações no pé
- 3 – Úlceras ou amputações prévias

**Doentes com pé em risco aumentado de ulceração – inseridos nas
categorias 1, 2 e 3**

08/11/2011

38

Estatística Descritiva

Avaliação do risco de ulceração dos pés

Risco de ulceração dos pés	N	%
Pé com baixo risco de ulceração	48	76,2
Pé com risco aumentado de ulceração	15	23,8

08/11/2011

39

Estatística Descritiva

X – Recursos da Comunidade

Onde recorre para a vigilância da diabetes	N	%
Médico de família	48	76,2
Hospital	5	7,9
Mais do que um local	5	7,9
Outro	4	6,3
Enfermeiro de família	1	1,6

51 (81%) “não conhece” o seu enfermeiro de família

60 (95,2%) nunca participou sessões de educação para a saúde em grupo

Destes, 50 (78,3%) disseram que gostariam de participar

08/11/2011

40

Conclusões do Diagnóstico

Problemas de saúde identificados

- Alterações fisiopatológicas associadas à DM
- Vigilância da glicemia inadequada
- Adesão ao regime dietético comprometida
- Adesão ao regime de exercício comprometida
- Adesão ao regime medicamentoso comprometida
- Vigilância dos pés inadequada
- Comportamento de procura de saúde comprometido
- Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz

08/11/2011

41

Definição de Prioridades

Método de Hanlon

Utiliza quatro critérios:

- A. Amplitude ou magnitude do problema
- B. Gravidade do problema
- C. Eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema)
- D. Exequibilidade do projecto ou da intervenção

Valor de prioridade = $(A+B) C \times D$

Grelha de análise (para desempate)

Análise de cada problema relativamente a quatro critérios:

1. Importância do problema
2. Relação problema/factor de risco
3. Capacidade técnica de resolver o problema
4. Exequibilidade do projecto ou intervenção

08/11/2011

(Tavares, 1992)

42

Definição de Prioridades

1. Vigilância da glicemia inadequada
2. Adesão ao regime medicamentoso comprometida
3. Comportamento de procura de saúde comprometido
4. Vigilância dos pés inadequada
5. Adesão ao regime dietético comprometida
6. Utilização dos recursos da comunidade e fontes de informação ineficaz
7. Adesão ao regime de exercício comprometida
8. Alterações fisiopatológicas associadas à diabetes

08/11/2011

43

Definição de Prioridades

Definidas três áreas de actuação (consenso de peritos):

- Gestão do regime terapêutico
(alimentação, exercício físico e regime medicamentoso)
- Vigilância global de saúde
 - Vigilância do pé

08/11/2011

44

Projectos de Intervenção

MIMAR
Helena Festas

Vigie a sua Diabetes... Cuide de Si
Ana Maria Ramos

Vigilância e Cuidados aos Pés dos Diabéticos
Ana Sofia Tomé

ESTRATÉGIAS

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA
FEIRA DA SAÚDE
REGISTOS SAPE

08/11/2011

45



O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.

Fernando Pessoa

08/11/2011

46

Anexo IV – Planejamento da Ação de Educação para a Saúde sobre vigilância da glicemia capilar



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Vigilância da Glicemia Capilar

Planeamento de Acção de Educação para a Saúde

Porto, Novembro de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Vigilância da Glicemia Capilar

Planeamento de Acção de Educação para a Saúde

Ana Maria Ramos, nº 361610021

Sob orientação de: Prof^ª. Norminda Magalhães

Tutora: Enf^ª. Raquel Azevedo

Porto, Novembro de 2011

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	7
1 – PLANEAMENTO.....	8
1.1 Análise da situação	8
1.2 Formulação de objectivos	10
1.3 Selecção e organização de conteúdos	10
1.4 Selecção e organização de estratégias de ensino/aprendizagem	11
1.5 Plano de sessão	11
1.6 Selecção e organização de estratégias de avaliação	13
2 – EXECUÇÃO.....	15
3 – AVALIAÇÃO.....	16
4 – CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
ANEXOS.....	23
Anexo I – Informação sobre AEPS	
Anexo II – Cartaz de divulgação	
Anexo III – Diapositivos	
Anexo IV – Questionário diagnóstico e final utilizado na sessão I	
Anexo V – Questionário diagnóstico e final reformulado	

Índice de Quadros

Quadro 1: Plano de sessão.....	12
Quadro 2: Datas e horário das AEPS.....	13
Quadro 3: Indicador de processo.....	13
Quadro 4: Indicadores de resultado.....	14
Quadro 5: Contabilização do número de utentes presentes nas sessões.....	16
Quadro 6: Contabilização das respostas ao questionário de avaliação diagnóstica das sessões 1 e 3.....	17
Quadro 7: Contabilização das respostas ao questionário de avaliação final das sessões 1 e 3.....	17
Quadro 8: Contabilização das respostas ao questionário de avaliação diagnóstica e final da sessão 2.....	18
Quadro 9: Indicadores de avaliação e resultados.....	19

Índice de Gráficos

Gráfico I: Distribuição das frequências absolutas das respostas certas ao questionário de avaliação diagnóstica e final, por questão.....18

Índice de abreviaturas

AEPS – Acção de educação para a saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, e inserido no Módulo II de estágio, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH), no período de 3 de Outubro a 26 de Novembro de 2011, surge este planeamento de uma acção de educação para a saúde (AEPS), inserido no projecto de intervenção comunitária, intitulado “*Vigie a sua diabetes... Cuide de si*”.

As acções de educação para a saúde revelam-se uma estratégia essencial na promoção da saúde dos indivíduos e comunidades, uma vez que “comunicam factos, ideias e capacidades que modificam o conhecimento, as atitudes, os valores, as crenças, os comportamentos e as práticas dos indivíduos, famílias, sistemas e/ou comunidades” (Stanhope & Lancaster, 2011, p. 209).

Neste sentido, o planeamento das mesmas é crucial para o seu sucesso, ou seja, para o alcance dos objectivos estabelecidos previamente, os quais representarão ganhos em saúde para as comunidades.

O tema da AEPS é a vigilância da glicemia capilar, sendo a população-alvo: utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora.

Os objectivos do formador ao elaborar este documento são:

- Desenvolver competências de elaboração de um planeamento;
- Reflectir sobre a importância do planeamento de acções de educação para a saúde na intervenção comunitária;
- Adquirir competências de desenvolvimento de actividades e estratégias, de acordo com a população-alvo e temática a abordar.

O trabalho encontra-se dividido em três capítulos: planeamento, execução e avaliação, sendo que o primeiro capítulo apresenta as várias etapas detalhadamente.

I. PLANEAMENTO

Este capítulo compreende o planeamento da acção de educação para a saúde com as suas várias etapas, o que se revela extremamente importante para o sucesso da acção, uma vez que “planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher as soluções óptimas entre várias alternativas” (Tavares, 1992, p.29).

I.1 Análise da situação

A diabetes mellitus é uma doença crónica cada vez mais frequente, apresentando um crescimento em todas as regiões do mundo, com maior prevalência na faixa etária acima dos 45 anos, segundo a Direcção-Geral da Saúde (DGS). A tendência portuguesa acompanha a mundial, com aumento da prevalência: 8,2% em 2007 e 9,8% em 2025 (DGS, 2008).

O 4º Inquérito Nacional de Saúde refere que a DM é uma das doenças crónicas com valores de prevalência superiores na região Norte, relativamente ao Continente. Realça-se ainda que na comparação dos resultados do 3º e 4º Inquéritos Nacionais de Saúde observa-se um aumento da percentagem da população residente com diabetes e hipertensão em quase todos os grupos etários, com destaque para a população com idade superior a 55 anos (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009).

Neste sentido, o Perfil Local de Saúde 2009 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos corrobora esta informação e a importância de actuação nesta área, pois refere que na taxa de mortalidade padronizada pela idade por causas específicas, destacam-se ainda pela negativa, o tumor maligno do cólon e recto, a diabetes e a doença isquémica do coração.

A **população-alvo** de intervenção será os utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, uma vez que os dados obtidos aquando da realização do Diagnóstico de Saúde revelaram necessidades em saúde nesta área.

Assim, o problema “vigilância da glicemia capilar inadequada” justifica-se uma vez que uma percentagem elevada da amostra desconhece os seus valores de glicemia em jejum (12,7%), pós-prandial (63,5%) e pré-prandial (76,2%). Neste mesmo sentido, 49,2% da amostra desconhece o valor de referência da hipoglicemia, 39,7% desconhece o valor de referência da

hiperglicemia, 36,5% desconhece o valor de referência da glicemia em jejum e 54% o valor de referência da glicemia pós-prandial. Estes dados tornam-se ainda mais relevantes, quando 14,3% não sabe o que fazer ou não faz nada perante um episódio de hipoglicemia e 46% não sabe o que fazer ou não faz nada perante um episódio de hiperglicemia.

Verificou-se ainda que 7,9% da amostra não faz vigilância da glicemia capilar; dos utentes que o fazem, 10,3% não o faz nenhuma vez por semana. Relativamente à técnica de monitorização da glicemia capilar, 70,7% dos indivíduos da amostra executa a picada na extremidade central dos dedos e 19% não alterna o local de picada para monitorização da glicemia capilar.

A monitorização regular da glicemia é um aspecto extremamente importante e que faz parte integral do cuidado do diabético. A primeira razão para a importância desta actividade prende-se com o facto de ser hoje reconhecido que os efeitos da hiperglicemia são acumulativos ao longo do tempo, sendo responsável pelo desenvolvimento de complicações, como retinopatia, nefropatia e pé diabético. Assim, de forma a prevenir estas situações torna-se necessário a monitorização da glicemia regularmente. A segunda razão relaciona-se com a necessidade de atingir patamares glicémicos pré-estabelecidos ao longo do tratamento, o que só é possível sabendo os seus valores. Por último, só conhecendo os valores de glicemia será possível proceder a alterações no regime terapêutico, para que o diabético obtenha a melhor qualidade de vida possível (Rizvi e Sanders, 2006).

Com vista a implementar a AEPS contactou-se telefonicamente a população-alvo, de acordo com o número de sessões a realizar e a capacidade da sala. Foi ainda elaborada uma informação para distribuir aos profissionais das várias unidades do Centro de Saúde da Senhora da Hora (Anexo I), de forma a confirmar a realização da AEPS no caso de os utentes questionarem a veracidade da informação.

Procedeu-se ainda à elaboração de um cartaz de divulgação da AEPS para afixar no local de realização da mesma (Anexo II).

Os objectivos do formador são:

- Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar;

- Promover a monitorização da glicemia capilar;
- Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar;
- Treinar com os utentes a técnica de monitorização da glicemia capilar.

I.2 Formulação de objectivos

Os objectivos educacionais são:

- Aumentar o conhecimento sobre vigilância da glicemia capilar;
- Identificar os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial;
- Identificar os valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia;
- Reconhecer o local para punção digital e necessidade de alternância.

Os objectivos operacionais/metasp são:

- 30 % dos utentes que confirmaram a sua presença, compareçam na AEPS;
- 65% dos utentes presentes identifiquem os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial;
- 65% dos utentes presentes identifiquem os valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia;
- 70% dos utentes presentes reconheçam o local para punção digital e necessidade de alternância.

I.3 Selecção e organização de conteúdos

Os conteúdos a serem abordados serão:

- Importância da monitorização regular da glicemia capilar;
- Valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial;

- Valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia;
- Técnica de monitorização da glicemia capilar.

1.4 Selecção e organização de estratégias de ensino/aprendizagem

A metodologia escolhida condiciona a forma como os recursos são utilizados para atingir os objectivos educacionais definidos. Por sua vez, esta é condicionada pela população-alvo da intervenção. A escolha da metodologia é de tal forma importante, que estima-se que nos Estados Unidos da América, se gastem anualmente 73 biliões de dólares em cuidados preventivos sem que os indivíduos tivessem sido capazes de entender os seus tratamentos, provocando um aumento do número de internamentos hospitalares e de complicações, o que resulta na diminuição da qualidade de vida (Stanhope & Lancaster, 2011).

Assim, atendendo à faixa etária do grupo-alvo foram seleccionados o método afirmativo (expositivo e demonstrativo) e o método interrogativo. Os recursos utilizados, tais como apresentação multimédia e questionários, deverão ser elaborados de forma clara, sucinta e sem ambiguidades, com figuras e imagens auxiliares da informação.

1.5 Plano de sessão

Apresenta-se de seguida, o plano da sessão. Realça-se que este plano tem em consideração a necessidade de abordar outros temas durante a AEPS, uma vez que a população-alvo é a mesma em dois outros projectos de intervenção, sendo importante não provocar desgaste e falta de adesão, por inúmeras convocações.

Quadro I: Plano de sessão

<p>Formadora: Ana Ramos</p> <p>Tema: Vigilância da glicemia capilar</p> <p>População – alvo: Utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora</p> <p>Data e Hora: De acordo com Quadro 2</p> <p>Local: Centro Paroquial da Senhora da Hora</p> <p>Duração: 20 minutos</p> <p>Objectivos Educacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o conhecimento sobre vigilância da glicemia capilar; • Identificar os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial; • Identificar os valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia; • Reconhecer o local para punção digital e necessidade de alternância. 			
Fases/ tempo	Conteúdo	Metodologia	Avaliação
Introdução 8 minutos	- Apresentação do formador e tema; - Avaliação diagnóstica	Método afirmativo	Resposta a questionário V/F
Desenvolvimento 10 minutos	- Importância da monitorização regular da glicemia capilar; - Valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial; - Valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia; - Técnica de monitorização da glicemia capilar.	Método afirmativo-expositivo: com recurso a apresentação multimédia	Observação a registar pelo formador
Conclusão 2 minutos	- Síntese das ideias centrais - Esclarecimento de dúvidas - Avaliação	Método afirmativo	Resposta a questionário V/F

Quadro 2: Datas e horário das AEPS

Sessão	Data	Hora
Sessão 1	16/11/2011	10h30
Sessão 2	21/11/2011	10h30
Sessão 3	25/11/2011	15h30

1.6 Selecção e organização de estratégias de avaliação

Como estratégias de avaliação foram seleccionadas: o questionário e o registo pós-observação efectuado pelo formador.

O questionário compreende a avaliação diagnóstica e final, é composto por questões com resposta fechada de verdadeiro e falso (Anexos IV e V).

A acção de educação para a saúde será avaliada, tendo em consideração os seguintes indicadores de processo e de resultado.

Quadro 3: Indicador de processo

Nome	Construção	Meta
Percentagem de utentes presentes na acção de educação para a saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes presentes na acção de educação para a saúde}}{\text{N}^\circ \text{ utentes que confirmaram a sua presença}} \times 100$	30%

Quadro 4: Indicadores de resultado

Nome	Construção	Meta
Percentagem de participantes que identificam os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que identificam os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial}}{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na acção de educação para a saúde}} \times 100$	65%
Percentagem de participantes que identificam os valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que identificam os valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia}}{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na acção de educação para a saúde}} \times 100$	65%
Percentagem de participantes que reconheçam o local para punção digital e necessidade de alternância	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que reconheçam o local para punção digital e necessidade de alternância}}{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na acção de educação para a saúde}} \times 100$	70%

2. EXECUÇÃO

Neste capítulo são referidos os obstáculos e dificuldades que surgiram ao longo do desenvolvimento das várias sessões da AEPS, bem como as estratégias utilizadas para os ultrapassar.

A maior dificuldade sentida prendia-se com o preenchimento do questionário de avaliação diagnóstica e final, uma vez que alguns utentes não sabiam ler ou escrever e outros revelavam dificuldades de compreensão das questões apresentadas. Assim, o questionário foi reformulado após a primeira sessão, de forma a torná-lo mais simples e com um menor número de questões. Procurou-se acompanhar os utentes com maiores dificuldades no preenchimento, esclarecendo verbalmente algumas questões apresentadas.

Efectuou-se ainda a alteração das opções do questionário, que inicialmente eram de verdadeiro e falso. Tendo sido alterado para: concordo, não concordo e não sei, uma vez que alguns utentes referiram não saber a resposta correcta, pelo que não lhes parecia correcto assinalar apenas verdadeiro ou falso.

Outra dificuldade foi o tempo disponível para a sessão, uma vez que se revelou escasso face aos três temas a abordar. Deste modo, tentou-se que a exposição de cada tema fosse mais sucinta, encaminhando as partilhas mais longas dos utentes para o final da sessão.

A opção pela introdução do pequeno lanche entre os temas a abordar, pareceu-me o mais eficaz, uma vez que permitiu tornar a sessão mais dinâmica e motivadora, devido ao momento de pausa e convívio que o lanche criou. Este momento foi ainda aproveitado por alguns utentes para esclarecer dúvidas, que talvez não as colocariam no grupo e por isso não seriam esclarecidas.

3. AVALIAÇÃO

A avaliação após as intervenções, é fundamental e deve fazer-se em relação aos conhecimentos e aptidões adquiridos pelos utentes. Devem, também, ser avaliadas, as estratégias utilizadas, face aos objectivos definidos e aos resultados obtidos (DGS, 2000).

Alguns autores referem que após intervenção, os diabéticos apresentam bons conhecimentos sobre a sua doença, verificando-se que a dimensão na qual estes evidenciam maiores conhecimentos é a referente ao “tratamento” (Sousa & McIntyre, 2008).

Nesta AEPS, a avaliação compreende os resultados obtidos no questionário de avaliação diagnóstica, bem como no questionário final, de forma a comparar resultados e identificar ganhos em saúde. Dever-se-á ainda referir se as metas foram atingidas, apresentando-se os valores percentuais obtidos.

O quadro seguinte apresenta o número total de utentes e familiares/cuidadores presentes nas três sessões realizadas, que foi de 32.

Quadro 5: Contabilização do número de utentes presentes nas sessões

	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3
Utentes convocados	20	22	18
Utentes presentes	6	10	8
Familiares/cuidadores presentes	1	5	-
Utentes presentes que não faziam parte da população-alvo	-	1	1
Total	7	16	9

Apresenta-se de seguida as respostas obtidas no questionário de avaliação diagnóstica e no questionário de avaliação final.

Quadro 6: Contabilização das respostas ao questionário de avaliação diagnóstica das sessões 1 e 3

Questão	Respostas certas	Respostas erradas	Não sabe
1	10	3	3
2	11	1	4
3	10	3	3
4	4	10	2

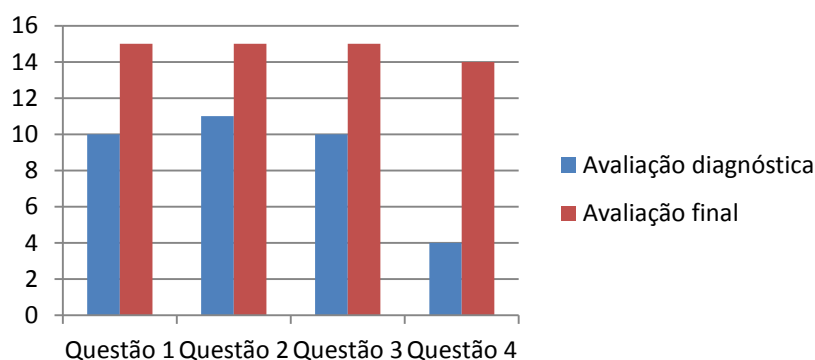
Quadro 7: Contabilização das respostas ao questionário de avaliação final das sessões 1 e 3

Questão	Respostas certas	Respostas erradas	Não sabe
1	15	1	0
2	15	1	0
3	15	1	0
4	14	2	0

Como se verifica ao comparar o número de respostas certas apresentadas nos quadros 6 e 7, obteve-se uma melhoria de conhecimentos dos utentes presentes na sessão 1 e 3.

O gráfico 1 demonstra ainda que a melhoria mais acentuada se verificou na questão 4, onde o défice de conhecimentos era maior, pelo que no questionário final se obteve 14 respostas certas contra 4 no questionário de avaliação diagnóstica.

Gráfico I: Distribuição das frequências absolutas das respostas certas ao questionário de avaliação diagnóstica e final, por questão



A contabilização das respostas ao questionário de avaliação diagnóstica e final da sessão 2 apresenta-se de seguida e separadamente das sessões 1 e 3, uma vez que alguns utentes ausentaram-se antes do término da sessão por motivos pessoais, o que fez com que se obtivesse um número diferente de questionários de avaliação diagnóstica e final, não sendo por isso possível comparar resultados.

Quadro 8: Contabilização das respostas ao questionário de avaliação diagnóstica e final da sessão 2

Questionário de avaliação diagnóstica			
Questão	Respostas certas	Respostas erradas	Não sabe
1	13	0	2
2	13	1	1
3	7	5	3
4	6	8	1
Total	39	14	7
Questionário de avaliação final			
Questão	Respostas certas	Respostas erradas	Não sabe
1	11	0	0
2	11	0	0
3	10	1	0
4	8	3	0
Total	40	4	0

Considerando os indicadores previamente estabelecidos, apresenta-se os resultados obtidos no quadro seguinte.

Quadro 9: Indicadores de avaliação e resultados

Indicador de processo	Construção		Meta	Resultado
Percentagem de utentes presentes na acção de educação para a saúde	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes presentes na acção de educação para a saúde}}{\text{N}^\circ \text{ utentes que confirmaram a sua presença}}$	x 100	30%	40%
Indicadores de resultado				
Percentagem de participantes que identificam os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que identificam os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial}}{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na acção de educação para a saúde}}$	x 100	65%	96%
Percentagem de participantes que identificam os valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que identificam os valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia}}{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na acção de educação para a saúde}}$	x 100	65%	96%
Percentagem de participantes que reconheçam o local para punção digital e necessidade de alternância	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que reconheçam o local para punção digital e necessidade de alternância}}{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na acção de educação para a saúde}}$	x 100	70%	81%

Os indicadores de resultado foram calculados considerando as respostas certas dos questionários de avaliação final. O número de participantes presentes na AEPS foi de 32, no entanto considerou-se 27 participantes, uma vez que foi o número de questionários finais obtido.

Realçava ainda que os utentes referiram, quer no momento do lanche, quer no final da sessão, o agrado por terem sido convidados, manifestando interesse pelos temas abordados e por este tipo de estratégia.

Gostaria ainda de referir que apesar do indicador de processo “Percentagem de utentes presentes na acção de educação para a saúde” ter sido atingido, 60% dos utentes convocados não compareceram pelo que demonstra a necessidade da utilização de outras estratégias para se alcançar a totalidade da população-alvo, como a convocação para consulta de Enfermagem ou o recurso a visitação domiciliária.

4. CONCLUSÃO

O planeamento de uma acção de educação para a saúde implica a selecção de estratégias e previsão de recursos, bem como a antecipação de possíveis limitações e obstáculos.

Assim, este planeamento sobre a temática da vigilância da glicemia capilar e a sua implementação permitiu-me atingir os objectivos inicialmente definidos, obtendo-se uma melhoria dos conhecimentos dos participantes nas várias sessões da AEPS.

A intervenção neste âmbito revela-se de extrema importância, pois com a melhoria dos conhecimentos dos utentes procura-se alterar hábitos e estilos de vida, prevenindo as possíveis complicações da DM, cada vez mais frequentes. Pelo que só desta forma será possível contribuir para uma melhor qualidade de vida, obtenção de ganhos em saúde e menores custos económicos e sociais em internamentos hospitalares e sobrecarga familiar.

Por fim, gostaria de referir que a necessidade de intervenção junto da população-alvo e em específico na temática “Vigilância da glicemia capilar” foi notória em todas as sessões com as inúmeras dúvidas e questões apresentadas, as quais foram esclarecidas oralmente e através da distribuição de material informativo, tendo ainda sido orientados os utentes para o enfermeiro de família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARS NORTE, I. P. – **Perfil local de saúde 2009: Região Norte** [em linha]. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P., 2009. [consult. em 31 Março. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.destaquesdaodia.com/wp-content/uploads/2010/12/ARSN-Perfil-de-Sa%C3%BAde-da-Regi%C3%A3o-Norte-2009.pdf>>

ARS NORTE, I. P. – **Perfil local de saúde 2009: ULS Matosinhos** [em linha]. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P., 2009. [consult. em 31 Março. 2011]. Disponível na WWW:<URL:http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/PDF_PLS09_11_Matosinhos.pdf>

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma: Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

RIZVI, Ali A.; SANDERS, Michelle B. – Assessment and monitoring of glycemic control in primary diabetes care: monitoring techniques, record keeping, meter downloads, tests of average glycemia, and point-of-care evaluation. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners [Em linha]. Vol. 18 (2006), p. 11-21. [Consult. 22 Set. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403208>>

SOUSA, Maria Rui Miranda Grilo Correia de; MCINTYRE, Teresa – Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Fortaleza. ISSN: 1806-1222. Vol. 21, nº 4 (2008), p. 281-289.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1.

TAVARES, António – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. 2ª edição. Lisboa: Ministério da Saúde, 1992.

ANEXOS

Anexo I

Informação sobre AEPS

Senhora da Hora, 9 de Novembro de 2011

Assunto: Informação de Acção de Educação para a Saúde

Vimos por este meio informar que foram contactados utentes diabéticos das clínicas privadas da Senhora da Hora para acções de educação para a saúde a realizar no **Centro Paroquial** da Senhora da Hora, nos próximos dias:

- 16 de Novembro às 10h30;
- 21 de Novembro às 10h30;
- 25 de Novembro às 15h30.

Agradecemos a confirmação desta informação, caso haja contacto dos utentes.

Gratas pela disponibilidade e colaboração,

Ana Maria Ramos

Ana Sofia Tomé

Helena Festas

4º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Universidade Católica Portuguesa

Anexo II

Cartaz de divulgação



Diabetes

Sessão de educação para a saúde



21 de Novembro de 2011

10h30



unidos pela diabetes

Enfermeiras:
Ana Maria Ramos
Ana Sofia Tomé
Helena Festas

4º Mestrado em Enfermagem Comunitária

Anexo III

Diapositivos



Vigilância da glicemia capilar

Para controlar a Diabetes



CUIDE DE SI!

Sumário

- Vigilância da glicemia capilar
- Valores da glicemia capilar em jejum e depois das refeições
- Hiperglicemia
- Hipoglicemia
- Técnica de monitorização da glicemia capilar

Vigilância da glicemia capilar

- A glicemia é o nível de açúcar no sangue.
- Ao avaliar a glicemia pode melhorar o seu tratamento.



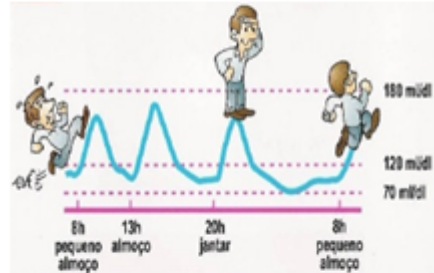
- O número de vezes que deve avaliar a glicemia depende:
 - Tipo de diabetes;
 - Tratamento que faz.



- Pode ser necessário medir a glicemia várias vezes ao dia;
- Ou apenas uma a duas vezes por semana.

Valores da glicemia em jejum e depois das refeições

- Os valores de glicemia não são iguais ao longo do dia.



- **Jejum** – <110 mg/dl
- **Depois das refeições** – <140 mg/dl (2h depois)

Hiperglicemia

- Nível elevado de açúcar no sangue
- Valor superior a 200mg/dl
- Sinais e sintomas



Hiperglicemia - Causas

- Alimentação inadequada
- Fazer pouco exercício físico
- Toma incorrecta dos medicamentos
- Doses de insulina insuficientes
- Estar doente (febre, gripe...)

Hiperglicemia – o que fazer?

- Tentar identificar a causa



Mudar a alimentação

Praticar exercício físico

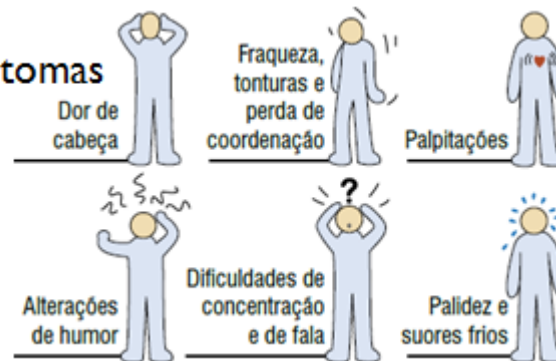
Ajuste de medicação



Hipoglicemia

- Nível baixo de açúcar no sangue
- Valor inferior a 70mg/dl

- **Sinais e sintomas**



Hipoglicemia - Causas

- Tomar doses exageradas de insulina ou antidiabéticos orais
- Não cumprir o horário das refeições
- Realizar maior actividade física
- Consumo de álcool

Hipoglicemia – o que fazer?

- Ingerir açúcar até desaparecerem os sintomas



- Controlar o valor da glicemia



- Comer uma peça de fruta e pão



Hipoglicemia – o que fazer?

- Se a pessoa está **inconsciente**:

Não tentar que a pessoa beba ou ingira comida.

Colocar a pessoa de lado.

Contactar 112.



Técnica de monitorização da glicemia capilar

1. Prepare o material:

Medidor



Caneta de punção



Tira-teste



2. Lavar as mãos



3. Prima o botão da caneta



4. Coloque uma gota de sangue na tira colocada já no medidor



- Alterne a zona de picada.



- Nos dedos, deve utilizar a **zona lateral**.



Conclusão

A avaliação dos valores de glicemia é uma boa estratégia para o controle da diabetes.



Bibliografia

- ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL – **Viver com a diabetes**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. ISBN 972-796-108-8.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma: Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2000.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.
- RIZVI, Ali A.; SANDERS, Michelle B. – Assessment and monitoring of glycemic control in primary diabetes care: monitoring techniques, record keeping meter downloads, tests of average glycemia, and point-of-care evaluation. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners [Em linha]. Vol. 18 (2006), p. 11-21. [Consult. 22 Set. 2011]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403208>>
- MATTHEWS, David – **Diabetes**. 1ª edição. Alfragde: Texto Editores, 2011. ISBN 978-972-47-4301-1.

Anexo IV

Questionário diagnóstico e final utilizado na sessão I

4º MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“DIABETES”

Sessão de Educação para a Saúde - 16 de Novembro de 2011

Formadora: Ana Maria Ramos

	Verdadeiro	Falso
1. O valor de glicemia em jejum deve ser inferior a 110mg/dl.		
2. Quando o nível de açúcar fica baixo, tenho valores de glicemia inferiores a 70mg/dl.		
3. A picada deve ser feita sempre no mesmo dedo.		
4. Devo fazer a picada na zona central do dedo.		

Nota: o questionário era constituído por um maior número de questões relacionadas com os dois outros temas abordados na sessão.

Anexo V

Questionário diagnóstico e final reformulado

4º MESTRADO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“DIABETES”

Sessão de Educação para a Saúde

Formadoras: Ana Maria Ramos, Ana Sofia Valente, Helena Festas

Data _____

	Concordo	Não concordo	Não sei
1. O nível de açúcar em jejum deve ser inferior a 110mg/dl.			
2. Os valores muito baixos de açúcar são inferiores a 70mg/dl.			
3. A picada deve ser feita sempre no mesmo dedo.			
4. Devo fazer a picada na zona central do dedo.			

Anexo V – Planejamento de Visitação Domiciliária



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PLANEAMENTO DE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

Aluno: Ana Maria Ramos nº 361610021

Porto, Fevereiro de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PLANEAMENTO DE VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

Aluno: Ana Maria Ramos nº 361610021

Sob orientação de: Prof. Norminda Magalhães

Tutora: Enf.^a Raquel Azevedo

Porto, Fevereiro de 2012

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	6
1 – PLANEAMENTO.....	7
1.1 – Selecção da visitação.....	7
1.2 – Recolha de dados.....	9
1.3 – Objectivos.....	9
1.4 – Selecção e organização de conteúdos.....	10
1.5 – Material necessário.....	11
2 – EXECUÇÃO.....	12
3 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	14
4 – CONCLUSÃO.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16
ANEXOS.....	17
ANEXO I – Guião para a visitação domiciliária	
ANEXO II – Registos das visitas domiciliárias realizadas	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Programação das Visitações Domiciliárias.....	12
Quadro 2 – Indicador de Processo.....	14
Quadro 3 – Indicadores de Resultado.....	14

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCE – Unidade de Cuidados de Enfermagem

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

VD – Visitação Domiciliária

% - Percentagem

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Módulo III de estágio, integrado no 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Senhora da Hora entre 28 de Novembro de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012, desenvolveu-se o presente documento.

Este apresenta o planeamento de uma visitação domiciliária (VD), a qual foi seleccionada como estratégia durante a elaboração do projecto de intervenção comunitária desenvolvido com base no Diagnóstico de Saúde, o qual teve como população-alvo: os utentes diabéticos inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora. A VD surgiu assim como opção para a promoção da vigilância global de saúde junto dos utentes dependentes e impossibilitados de se deslocarem à Unidade de Cuidados de Enfermagem (UCE), assim como para os utentes que após convocação para as várias actividades desenvolvidas, não compareceram.

No sentido de obter melhores resultados, impõe-se um planeamento das actividades previstas, pelo que a elaboração deste guia se torna essencial.

Com este trabalho, pretende-se:

- Desenvolver competências no âmbito do planeamento de visitas domiciliárias;
- Reflectir sobre a importância do planeamento para a eficácia da VD;
- Compreender a importância da VD para a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Elaborar guião para VD.

Assim, o presente documento encontra-se subdividido em três capítulos, sendo que o primeiro designa-se Planeamento, no qual se abordam a selecção da visitação, a recolha de dados, os objectivos, a selecção e organização de conteúdos e o material necessário. O segundo capítulo refere-se à Execução, onde estão contidas as datas para a realização das visitas domiciliárias, bem como as dificuldades sentidas e as soluções encontradas para ultrapassar estas mesmas dificuldades. Por fim, o terceiro capítulo apresenta os indicadores de avaliação.

I – PLANEAMENTO

Na área da Saúde, a abordagem ao conceito de planeamento é feita por diversos autores, os quais apesar de apresentarem algumas nuances, parecem convergir maioritariamente num aspecto: o planeamento permite a coordenação e racionalização de recursos de forma a atingir os objectivos estabelecidos.

Assim, Imperatori (1993, p.23) define o planeamento da saúde como a *“racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à resolução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”* Glick & Stanhope (2011) sugerem que a finalidade do planeamento é assegurar que os serviços de saúde são equitativos e eficientes, através da selecção de actividades que produzam as melhorias desejadas.

Deste modo, considerando que dispomos de tempo limitado e recursos escassos, revela-se a importância do planeamento de cada uma das actividades previstas e neste caso em concreto da VD, no sentido da sua execução racional e eficiente.

1.1– Selecção da visitação

Após a elaboração do diagnóstico de saúde dos utentes diabéticos das clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora, foi elaborado um projecto de intervenção que desse resposta às necessidades em saúde identificadas, pelo que uma das estratégias seleccionada foi a VD.

A VD é frequentemente referida como os cuidados de saúde prestados no domicílio a utentes dependentes e famílias, com o objectivo de promover, manter ou minimizar o impacto da doença ou da incapacidade (Wieland, Ferrell y Rubenstein citado por Garrote, 2005). No entanto, a sua abrangência é bem mais ampla, pelo que é *“uma actividade de assistência em saúde exercida junto do indivíduo, da família e na comunidade”* (Leitão & Freitas, 2007, p.14), quer em situações de doença, quer na promoção e vigilância da saúde.

Deste modo, a opção por este tipo de estratégia dependerá dos objectivos da intervenção do enfermeiro, tendo em conta as suas vantagens e desvantagens. Assim, a VD

assume-se como uma estratégia fundamental, uma vez que permite identificar as condições ambientais e sociais da pessoa e família, proporcionando um ambiente favorável ao estabelecimento da relação terapêutica e intervenção de enfermagem.

Entre as vantagens mencionadas por Kaakinen & Birenbaum (2011, p. 621), encontramos “a conveniência do cliente, o controlo do cliente sobre o ambiente, a disponibilidade de uma opção para os clientes que não querem ou não podem deslocar-se, a capacidade de individualizar os serviços e a existência de um ambiente natural e relaxado para a discussão de preocupações e necessidades”. Realça-se ainda que a prestação de cuidados no serviço de saúde não substitui a VD, visto que só esta permite conhecer o verdadeiro contexto de vida do cliente ou o meio ambiente, caracterizado por exemplo pelas condições de habitação, recursos que dispõe e as relações entre os vários membros da família.

A VD pode ainda proporcionar um melhor relacionamento do enfermeiro com o cliente, por ser um método menos formal e mais sigiloso, comparativamente aos utilizados noutras actividades dos serviços de saúde. Permite ainda maior liberdade para os clientes exporem os seus problemas, pois o tempo disponível por parte do enfermeiro poderá ser maior (Leitão & Freitas, 2007).

Podem realçar-se como desvantagens, os elevados custos inerentes à preparação, deslocação, tempo dispendido e actividades após a visita.

Neste caso em concreto, foi seleccionada esta estratégia, visto que a população-alvo recorre esporadicamente ao centro de saúde, sendo difícil a sua adesão ao solicitar a deslocação a este local. Por outro lado, a realização de VD permite que seja efectuada de acordo com a disponibilidade dos utentes, não sendo necessário proceder a adaptações de acordo com os horários da instituição.

Assim, após a implementação de outras estratégias delineadas no projecto de intervenção comunitária, a VD surgiu como opção para a promoção da vigilância global de saúde junto dos utentes dependentes e impossibilitados de se deslocarem à UCE, bem como para os utentes que após convocação para as várias actividades desenvolvidas, não compareceram.

Optou-se ainda por efectuar contacto telefónico prévio com os utentes para agendamento da VD, de forma a identificar a sua receptividade à intervenção e disponibilidade.

I.2 – Recolha de dados

A população-alvo para VD (n=86) corresponde aos utentes com diagnóstico de diabetes mellitus inscritos nas clínicas privadas e residentes na freguesia da Senhora da Hora e que não participaram em nenhuma das actividades desenvolvidas anteriormente. Foram ainda excluídos os utentes integrados no Projecto de Enfermagem para a Gestão do Regime Terapêutico: Diabetes dinamizado pela UCC da Senhora da Hora, assim como os utentes que frequentam a consulta de Enfermagem do Grupo de risco: Diabetes na UCE, de forma a não duplicar intervenções e desperdiçar recursos.

Consideraram-se como critérios de inclusão:

- ✓ Apresentar diagnóstico de Diabetes;
- ✓ Ser residente na freguesia da Senhora da Hora;
- ✓ Ser utente das clínicas privadas da Senhora da Hora;
- ✓ Aceitar a VD após contacto telefónico para agendamento;
- ✓ Estar presente no domicílio aquando da abordagem para a realização da VD.

I.3 – Objectivos

Os objectivos gerais da VD são:

- Promover a vigilância da glicemia capilar;
- Promover a actualização do estado vacinal dos utentes;
- Aumentar a adesão à consulta de Enfermagem da UCE.

Os objectivos específicos delineados são:

- Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar;
- Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar;

- Treinar a técnica de monitorização da glicemia capilar;
- Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado;
- Orientar para actualização do estado vacinal;
- Informar sobre os recursos da UCE disponibilizados aos utentes diabéticos;
- Orientar para a consulta de Enfermagem na UCE.

Os objectivos operacionais ou metas definidos são:

- Que pelo menos 20% dos utentes adquiram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar;
- Que pelo menos 10% dos utentes sejam orientados para vacina contra o tétano;
- Que pelo menos 5% dos utentes orientados para consulta de Enfermagem, efectuem marcação na UCE;
- Que pelo menos 50% das visitas domiciliárias agendadas sejam realizadas.

I.4 – Selecção e organização de conteúdos

Durante as visitas domiciliárias, será utilizado um guião (Anexo I), abordando os seguintes conteúdos:

- Importância da monitorização regular da glicemia capilar;
- Valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial;
- Valores de referência de hiperglicemia e hipoglicemia;
- Técnica de monitorização da glicemia capilar (demonstração e treino, se necessário);
- Orientação para consulta de enfermagem através do panfleto da UCE;
- Orientação para vacinação contra o tétano, se necessário.

I.5 – Material necessário

- ✓ Compressas
- ✓ Luvas: 1 caixa
- ✓ Glucómetro: 1
- ✓ Tiras de pesquisa de glicemia: 25
- ✓ Lancetas: 25
- ✓ Sacos para o lixo: 1
- ✓ Mapa da Senhora da Hora: 1
- ✓ Documento com os nomes e moradas dos utentes: 1
- ✓ Guião para VD
- ✓ Esferográfica com várias cores: 1
- ✓ Material informativo para utentes.

2 – EXECUÇÃO

As visitas domiciliárias decorreram durante o mês de Janeiro de 2012, de acordo com marcação após contacto telefónico com os utentes.

Quadro I – Programação das Visitações Domiciliárias

Data	Período do dia
18/01/2012	Tarde
20/01/2012	Tarde
26/01/2012	Tarde
27/01/2012	Tarde
31/01/2012	Tarde

Posteriormente à realização das visitas domiciliárias, foram efectuados registos, quer no guião utilizado, quer no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), de forma a promover a continuidade de cuidados na UCE.

Realço ainda que as maiores dificuldades encontradas prenderam-se com o contacto prévio dos utentes e a baixa adesão dos utentes à estratégia utilizada.

O contacto telefónico prévio para agendamento tornou-se bastante difícil, uma vez que dos 86 utentes que faziam parte da população-alvo, 4 utentes não tinham número de telefone para contacto e 21 tinham o número errado ou não atribuído. Dos 61 utentes restantes, realizaram-se várias tentativas de contacto (70), optando-se por diferentes períodos do dia, obtendo-se 8 respostas positivas.

Face à baixa adesão à VD devido às recusas (7) e dificuldade em estabelecer contacto telefónico (apenas 15 utentes atenderam o telefonema), alargou-se os utentes alvo desta estratégia, pelo que se tentou contactar os utentes que tinham estado presentes nas acções de educação para a saúde, no entanto estes foram praticamente infrutíferos.

O número elevado de recusas levou-me a reflectir que nem sempre o que é identificado como necessidade por parte do profissional de saúde, é percebido do mesmo modo pelo utente. Assim, em algumas situações é necessário informar sobre os recursos disponíveis na comunidade e a importância da promoção da saúde e prevenção de complicações.

Por outro lado, é também relevante perceber se a estratégia utilizada é a mais adequada. Neste caso, alguns utentes manifestaram o interesse em participar em consultas de Enfermagem, mas não em participar na VD, pelo que foi agendada consulta na UCE.

3 – INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Os quadros seguintes apresentam-se os indicadores de avaliação e respectivas metas, que permitem a avaliação da estratégia seleccionada.

Quadro 2 – Indicador de Processo

Indicador de Processo	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de visitas domiciliárias realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliárias agendadas}} \times 10^2$	50%	75%

Quadro 3 – Indicadores de Resultado

Indicador de Resultado	Construção	Meta	Resultado
Percentagem de utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes que adquiriram conhecimentos sobre a vigilância da glicemia capilar}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que receberam visitaç\~ao domiciliária}} \times 10^2$	20%	33%
Percentagem de utentes orientados para vacina contra o tétano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes orientados para vacina contra o tétano}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes que receberam visitaç\~ao domiciliária}} \times 10^2$	10%	33%
Percentagem de utentes orientados para consulta de Enfermagem, que efectuaram marcação na UCE	$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes orientados para consulta de Enfermagem, que efectuaram marcação na UCE}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes orientados para consulta de Enfermagem}} \times 10^2$	5%	20%

4 – CONCLUSÃO

A VD assume-se como uma estratégia essencial na prestação de cuidados de saúde, ao permitir um contacto mais próximo com o utente no seu ambiente familiar, o que possibilitará ao enfermeiro observar as reais necessidades e recursos da pessoa e família, integrando-as no planeamento dos cuidados, adaptando-se à realidade e seleccionando as intervenções mais adequadas.

Neste caso em concreto, a VD apresenta ainda a vantagem de permitir estabelecer contacto com utentes que não utilizam habitualmente os cuidados de saúde que lhe são disponibilizados, aumentando a possibilidade de o fazerem ao receberem informação sobre os mesmos, no seu domicílio.

Realço ainda que o sucesso na utilização desta estratégia dependerá do seu planeamento, o qual permitirá detectar previamente as necessidades e possíveis dificuldades que poderão surgir, bem como antecipar soluções. Assim, uma planificação rigorosa poderá evitar falhas na sua implementação. Gostaria ainda de referir que o difícil contacto telefónico com os utentes e a escassez de tempo disponível, foi concerteza limitador do número de visitas domiciliárias realizadas.

Tendo em conta estes aspectos, considero que atingi os objectivos propostos para a realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

GARROTE, Joan M. Pérez-Castejón – La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. Rev Mult Gerontol [Em linha]. Vol. 15, nº1 (2005), p.16-22. [Consult. 22 Dez. 2011]. Disponível na WWW:<URL: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/gerontol.pdf>>

GLICK, Doris F.; STANHOPE, Marcia – Gestão de Programas. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 516-546.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

KAAKINEN, Joanna Rowe; BIRENBAUM, Linda K. – Desenvolvimento da Família e Apreciação de Enfermagem da Família. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 574-604.

LEITÃO, Maria Carlos; FREITAS, José Manuel Nóbrega Ferreira – Apoio domiciliário interdisciplinar integrado. Funchal: [s.n.], 2007. Relatório de dissertação.

ANEXOS

ANEXO I

Guião para a visitação domiciliária

Guião para a visitação domiciliária

I- Identificação do utente

Nome: _____

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Prestador de cuidados: SIM NÃO Se sim, quem? _____

2- Vigilância da glicemia capilar

	SIM	NÃO
Vigia a glicemia capilar		
Conhece o valor de referência da glicemia em jejum		
Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial		
Lavagem das mãos antes da punção		
Realiza a punção na zona lateral dos dedos		
Alterna o local de punção com frequência		
Troca a agulha de punção após cada picada		
Ajusta o código das tiras de glicemia (se necessário)		
Reconhece os valores de referência da hipoglicemia		
Reconhece os valores de referência da hiperglicemia		
Identifica como actuar face à hipoglicemia		
Identifica como actuar face à hiperglicemia		

3- Comportamentos de procura de saúde

3.1 Vacina contra o tétano actualizada

SIM NÃO

(verificar boletim de vacinas)

3.2 Vigilância em consulta de Enfermagem na UCE

SIM NÃO

4- Intervenções de Enfermagem

(assinalar as intervenções realizadas)

Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar	
Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar	
Treinar técnica de monitorização da glicemia capilar	
Instruir sobre os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial, hiperglicemia e hipoglicemia	
Informar sobre como actuar face a episódios de hiperglicemia e hipoglicemia	
Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado	
Orientar para vacinação contra o tétano	
Orientar para consulta de Enfermagem na UCE	

Avaliação:

ANEXO II

Registos das visitas domiciliárias realizadas

VD nº1

1- Identificação do utente

Nome: A. P. M.

Idade: 80

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Prestador de cuidados: SIM NÃO Se sim, quem? Companheira

2- Vigilância da glicemia capilar

	SIM	NÃO
Vigia a glicemia capilar	X	
Conhece o valor de referência da glicemia em jejum		X
Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial		X
Lavagem das mãos antes da punção	X	
Realiza a punção na zona lateral dos dedos		X
Alterna o local de punção com frequência	X	
Troca a agulha de punção após cada picada		X
Ajusta o código das tiras de glicemia (se necessário)	X	
Reconhece os valores de referência da hipoglicemia	X	
Reconhece os valores de referência da hiperglicemia		X
Identifica como actuar face à hipoglicemia	X	
Identifica como actuar face à hiperglicemia	X	

3- Comportamentos de procura de saúde

3.1 Vacina contra o tétano actualizada

SIM NÃO

(verificar boletim de vacinas)

3.2 Vigilância em consulta de Enfermagem na UCE

SIM NÃO

4- Intervenções de Enfermagem

(assinalar as intervenções realizadas)

Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar	
Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Treinar técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Instruir sobre os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial, hiperglicemia e hipoglicemia	X
Informar sobre como actuar face a episódios de hiperglicemia e hipoglicemia	
Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado	
Orientar para vacinação contra o tétano	
Orientar para consulta de Enfermagem na UCE	X

Avaliação

No final da VD, o utente realizou correctamente a técnica de monitorização da glicemia capilar e identificou os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial.

A prestadora de cuidados esteve presente, o que foi facilitador da aquisição de conhecimentos.

VD nº2

I- Identificação do utente

Nome: L. B. T.

Idade: 87

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Prestador de cuidados: SIM NÃO Se sim, quem? Filho

2- Vigilância da glicemia capilar

	SIM	NÃO
Vigia a glicemia capilar	X	
Conhece o valor de referência da glicemia em jejum		X
Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial		X
Lavagem das mãos antes da punção		X
Realiza a punção na zona lateral dos dedos		X
Alterna o local de punção com frequência	X	
Troca a agulha de punção após cada picada	X	
Ajusta o código das tiras de glicemia (se necessário)		X
Reconhece os valores de referência da hipoglicemia		X
Reconhece os valores de referência da hiperglicemia		X
Identifica como actuar face à hipoglicemia		X
Identifica como actuar face à hiperglicemia		X

3- Comportamentos de procura de saúde

3.1 Vacina contra o tétano actualizada

SIM NÃO

(verificar boletim de vacinas)

3.2 Vigilância em consulta de Enfermagem na UCE

SIM NÃO

4- Intervenções de Enfermagem

(assinalar as intervenções realizadas)

Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar	
Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Treinar técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Instruir sobre os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial, hiperglicemia e hipoglicemia	X
Informar sobre como actuar face a episódios de hiperglicemia e hipoglicemia	X
Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado	X
Orientar para vacinação contra o tétano	X
Orientar para consulta de Enfermagem na UCE	X

Avaliação

No final da VD, a utente realizou correctamente a técnica de monitorização da glicemia capilar, identificou o valor de referência da glicemia capilar em jejum e como actuar face a um episódio de hipoglicemia. Devido à idade avançada, aos défices identificados e necessidade de aquisição de inúmeros conhecimentos, a utente foi encaminhada para consulta de Enfermagem na UCE, de forma a promover a continuidade de cuidados.

VD nº3

I- Identificação do utente

Nome: L. R. N. L.

Idade: 57

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Prestador de cuidados: SIM NÃO Se sim, quem? _____

2- Vigilância da glicemia capilar

	SIM	NÃO
Vigia a glicemia capilar	X	
Conhece o valor de referência da glicemia em jejum		X
Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial		X
Lavagem das mãos antes da punção		X
Realiza a punção na zona lateral dos dedos		X
Alterna o local de punção com frequência		X
Troca a agulha de punção após cada picada		X
Ajusta o código das tiras de glicemia (se necessário)		X
Reconhece os valores de referência da hipoglicemia		X
Reconhece os valores de referência da hiperglicemia		X
Identifica como actuar face à hipoglicemia		X
Identifica como actuar face à hiperglicemia		X

3- Comportamentos de procura de saúde

3.1 Vacina contra o tétano actualizada

SIM NÃO

(verificar boletim de vacinas)

3.2 Vigilância em consulta de Enfermagem na UCE

SIM NÃO

4- Intervenções de Enfermagem

(assinalar as intervenções realizadas)

Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar	
Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Treinar técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Instruir sobre os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial, hiperglicemia e hipoglicemia	X
Informar sobre como actuar face a episódios de hiperglicemia e hipoglicemia	X
Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado	
Orientar para vacinação contra o tétano	
Orientar para consulta de Enfermagem na UCE	X

Avaliação

No final da VD, a utente realizou correctamente a técnica de monitorização da glicemia capilar e identificou os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial.

Foi orientada para a consulta de Enfermagem na UCE para continuidade de cuidados.

VD nº 4

1- Identificação do utente

Nome: M. C. R. N. S.

Idade: 57

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Prestador de cuidados: SIM NÃO Se sim, quem? _____

2- Vigilância da glicemia capilar

	SIM	NÃO
Vigia a glicemia capilar	X	
Conhece o valor de referência da glicemia em jejum		X
Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial		X
Lavagem das mãos antes da punção		X
Realiza a punção na zona lateral dos dedos		X
Alterna o local de punção com frequência	X	
Troca a agulha de punção após cada picada		X
Ajusta o código das tiras de glicemia (se necessário)		X
Reconhece os valores de referência da hipoglicemia		X
Reconhece os valores de referência da hiperglicemia		X
Identifica como actuar face à hipoglicemia	X	
Identifica como actuar face à hiperglicemia		X

3- Comportamentos de procura de saúde

3.1 Vacina contra o tétano actualizada

SIM NÃO

(verificar boletim de vacinas)

3.2 Vigilância em consulta de Enfermagem na UCE

SIM NÃO

4- Intervenções de Enfermagem

(assinalar as intervenções realizadas)

Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar	
Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Treinar técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Instruir sobre os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial, hiperglicemia e hipoglicemia	X
Informar sobre como actuar face a episódios de hiperglicemia e hipoglicemia	X
Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado	
Orientar para vacinação contra o tétano	
Orientar para consulta de Enfermagem na UCE	

Avaliação

No final da VD, a utente realizou correctamente a técnica de monitorização da glicemia capilar e identificou os valores de referência da glicemia capilar em jejum.

VD nº5

1- Identificação do utente

Nome: A. F. C. S.

Idade: 88

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Prestador de cuidados: SIM NÃO Se sim, quem? Filha

2- Vigilância da glicemia capilar

	SIM	NÃO
Vigia a glicemia capilar	X	
Conhece o valor de referência da glicemia em jejum	X	
Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial	X	
Lavagem das mãos antes da punção	X	
Realiza a punção na zona lateral dos dedos		X
Alterna o local de punção com frequência	X	
Troca a agulha de punção após cada picada		X
Ajusta o código das tiras de glicemia (se necessário)		X
Reconhece os valores de referência da hipoglicemia	X	
Reconhece os valores de referência da hiperglicemia	X	
Identifica como actuar face à hipoglicemia	X	
Identifica como actuar face à hiperglicemia	X	

3- Comportamentos de procura de saúde

3.1 Vacina contra o tétano actualizada

SIM NÃO

(verificar boletim de vacinas)

3.2 Vigilância em consulta de Enfermagem na UCE

SIM NÃO

4- Intervenções de Enfermagem

(assinalar as intervenções realizadas)

Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar	
Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Treinar técnica de monitorização da glicemia capilar	
Instruir sobre os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial, hiperglicemia e hipoglicemia	
Informar sobre como actuar face a episódios de hiperglicemia e hipoglicemia	
Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado	X
Orientar para vacinação contra o tétano	X
Orientar para consulta de Enfermagem na UCE	X

Avaliação

Os ensinamentos realizados nesta VD foram dirigidos à cuidadora do utente, uma vez que é esta que realiza a monitorização da glicemia capilar.

VD nº6

I- Identificação do utente

Nome: I. M. M. G.

Idade: 52

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Prestador de cuidados: SIM NÃO Se sim, quem?

2- Vigilância da glicemia capilar

	SIM	NÃO
Vigia a glicemia capilar	X	
Conhece o valor de referência da glicemia em jejum	X	
Conhece o valor de referência da glicemia pós-prandial	X	
Lavagem das mãos antes da punção	X	
Realiza a punção na zona lateral dos dedos		X
Alterna o local de punção com frequência	X	
Troca a agulha de punção após cada picada		X
Ajusta o código das tiras de glicemia (se necessário)	X	
Reconhece os valores de referência da hipoglicemia	X	
Reconhece os valores de referência da hiperglicemia	X	
Identifica como actuar face à hipoglicemia	X	
Identifica como actuar face à hiperglicemia	X	

3- Comportamentos de procura de saúde

3.1 Vacina contra o tétano actualizada

SIM NÃO

(verificar boletim de vacinas)

3.2 Vigilância em consulta de Enfermagem na UCE

SIM NÃO

4- Intervenções de Enfermagem

(assinalar as intervenções realizadas)

Informar sobre a importância da vigilância da glicemia capilar	
Instruir sobre a técnica de monitorização da glicemia capilar	X
Treinar técnica de monitorização da glicemia capilar	
Instruir sobre os valores de referência da glicemia capilar em jejum e pós-prandial, hiperglicemia e hipoglicemia	
Informar sobre como actuar face a episódios de hiperglicemia e hipoglicemia	
Informar sobre a importância do estado vacinal actualizado	
Orientar para vacinação contra o tétano	
Orientar para consulta de Enfermagem na UCE	X

Avaliação

A utente apresenta conhecimentos sobre a auto-vigilância da glicemia capilar, no entanto os valores de glicemia capilar encontram-se alterados, pelo que foi orientada para consulta de Enfermagem na UCE.

Anexo VI – Planejamento da Feira da Saúde: Dia Mundial da Diabetes



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Comemoração do Dia Mundial da Diabetes

Planeamento

Alunos: Ana Maria Ramos

Ana Sofia Tomé

Helena Festas

Porto, Novembro de 2011



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Comemoração do Dia Mundial da Diabetes

Planeamento

Alunos: Ana Maria Ramos

Ana Sofia Tomé

Helena Festas

Sob orientação de: Prof. Norminda Magalhães

Tutora: Enf^ª. Raquel Azevedo

Porto, Novembro de 2011

Índice

0 – INTRODUÇÃO.....	7
1 – PLANEAMENTO.....	8
1.1 População-alvo.....	8
1.2 Objectivos.....	8
1.3 Indicadores de Avaliação.....	9
1.4 Preparação da Execução.....	10
1.5 Recursos.....	11
1.6 Barreiras e Limites.....	12
2 – AVALIAÇÃO.....	13
3 – CONCLUSÃO.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
ANEXOS.....	20
Anexo I – Folha de avaliação de risco de Diabetes Tipo 2	
Anexo II - Folha de registo de presença nos rastreios	

Índice de Quadros

Quadro 1: Indicadores de avaliação.....	9
Quadro 2: Divulgação da Feira da Saúde e entidades responsáveis.....	10
Quadro 3: Actividades a realizar durante a Feira da Saúde e responsáveis.....	11
Quadro 4: Parâmetros rastreados nos utentes diabéticos.....	13
Quadro 5: Média das variáveis dos utentes diabéticos de acordo com o sexo.....	14
Quadro 6: Características antropométricas dos utentes não diabéticos.....	15
Quadro 7: Indicadores de avaliação e resultados.....	17

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição das frequências absolutas do risco de desenvolver diabetes tipo 2...16

Índice de Siglas e Abreviaturas

IMC – Índice de Massa Corporal

PA – Perímetro Abdominal

TA – Tensão Arterial

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCSH – Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

UCESH – Unidade de Cuidados de Enfermagem da Senhora da Hora

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

0. Introdução

No âmbito do Módulo II: Projecto de Intervenção, integrado no 4º Mestrado em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorre na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Senhora da Hora entre 3 Outubro e 26 Novembro de 2011, desenvolveu-se o presente documento.

Este apresenta o planeamento de uma feira da saúde, na qual se pretende efectuar a comemoração do Dia Mundial da Diabetes (14 de Novembro), com o objectivo de sensibilizar a população para a problemática da diabetes, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis.

As feiras da saúde são uma estratégia para proporcionar educação para a saúde, onde decorrem rastreios, demonstrações, apresentam-se posters educativos e folhetos (Onega e Devers, 2011). Habitualmente, são dirigidas e programadas para uma população-alvo específica, mas abrangem toda a população em geral que queira participar.

Realça-se que esta estratégia surge inserida num projecto de intervenção mais amplo e que foi elaborado após o Diagnóstico de Saúde realizado com os utentes diabéticos das clínicas privadas residentes na Senhora da Hora.

De forma a obter melhores resultados, impõe-se um planeamento das actividades previstas, pelo que a elaboração deste guia se torna essencial.

Com este trabalho, pretendemos:

- Desenvolver competências no âmbito do planeamento de feiras da saúde;
- Planear uma das estratégias do projecto de intervenção comunitária;
- Dar resposta a uma das vertentes de avaliação do estágio.

Assim, o presente documento encontra-se dividido em subcapítulos que apresentam as várias fases do planeamento da feira da saúde, como a definição da população-alvo, objectivos e indicadores de avaliação, a apresentação da preparação da execução, onde são definidas as actividades e as entidades responsáveis por estas, recursos necessários e possíveis barreiras e limites ao desenvolvimento da feira da saúde.

I. Planeamento

De acordo com Imperatori (1993, p.23), o planeamento da saúde pode definir-se como a *“racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à resolução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”*

Considerando que dispomos de tempo limitado e recursos escassos, revela-se a importância do planeamento de cada uma das actividades previstas, no sentido da sua execução racional e eficiente.

I.1 População-alvo

Comunidade na área de influência do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

I.2 Objectivos

Os objectivos da Feira da Saúde são:

Objectivos gerais:

- Promover estilos de vida saudáveis;
- Promover a vigilância de saúde.

Objectivos específicos:

- Sensibilizar para a problemática da diabetes;
- Sensibilizar para as complicações decorrentes da diabetes;
- Efectuar rastreios para identificação precoce de problemas de saúde;
- Informar sobre alimentação saudável;
- Incentivar a prática de exercício físico.

Objectivos operacionais/metas:

- 5% de participantes sejam diabéticos;
- 80% dos participantes na feira da saúde efectuem pelo menos um rastreio;
- 5% dos participantes participem na aula de hidroginástica;
- 5% dos participantes assistam ao workshop sobre alimentação saudável.

1.3 Indicadores de avaliação

Apresentam-se os indicadores de processo e resultado, para permitir a avaliação da estratégia seleccionada.

Quadro I: Indicadores de avaliação

Indicadores de processo	Construção		Meta
Percentagem de participantes em pelo menos um rastreio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes em pelo menos um rastreio}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	70%
Percentagem de participantes presentes na aula de hidroginástica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na aula de hidroginástica}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%
Percentagem de participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%
Indicador de resultado			
Percentagem de participantes diabéticos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%

1.4 Preparação da Execução

De acordo com as indicações das parcerias estabelecidas, nomeadamente com a Câmara Municipal, definiu-se como programa da comemoração do Dia Mundial da Diabetes:

Data: 14 de Novembro 2011

Local: Piscina Municipal de Guifões

14h30-17h: Rastreios e sessões de Reiki

17h: Aula de hidroginástica

18h15: Workshop sobre alimentação saudável

Ainda considerando as decisões tomadas na reunião de preparação da Feira da Saúde, elaborou-se o Quadro 2, onde se definem os responsáveis por cada actividade que permitirá a divulgação da Feira.

Quadro 2: Divulgação da Feira da Saúde e entidades responsáveis

Actividades	Responsável
Elaboração de cartaz, tela, notas de imprensa	Gabinete de comunicação ULSM
Divulgação da Feira da Saúde nas clínicas privadas, centro de saúde, paróquia, piscina municipal de Guifões	Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária em estágio na UCCSH
Contactos com os diversos parceiros (IPSS, lares de idosos)	Câmara Municipal de Matosinhos

De seguida apresentamos as diversas actividades a realizar durante a Feira da Saúde e os responsáveis pela sua concretização (Quadro 3).

Quadro 3: Actividades a realizar durante a Feira da Saúde e responsáveis

Actividades	Responsável
Rastreios: IMC, PA, TA, glicemia capilar e avaliação de risco de diabetes tipo 2	Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária em estágio na UCCSH Enfermeiros UCCSH Alunos da Licenciatura em Enfermagem da UCP
Rastreio pé diabético	Podologista (a convidar pela Câmara Municipal de Matosinhos)
Workshop alimentação saudável	Nutricionista da UCCSH
Aula de Hidroginástica	Professor convidado pela Matosinhos Sport
Sessão de Reiki	Orientador convidado pela Câmara Municipal

1.5 Recursos

Recursos humanos:

- Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária em estágio na UCCSH;
- Enfermeiros da UCCSH;
- Alunos da Licenciatura em Enfermagem da UCP;
- Nutricionista;
- Podologista;
- Professor de hidroginástica;
- Mestre de Reiki.

Recursos materiais:

- Lanches (maçãs, pão, biscoitos, água);
- Mesas (5);
- Cadeiras (para os rastreios, workshop - 50);
- Projector multimédia+tela (para o workshop sobre alimentação saudável);
- Colunas de som e microfone;
- Biombos (4);
- Computador;
- Caixotes para o lixo (4);
- Material decorativo (balões, velas);
- Material impresso: posters, telas (patrocínio de um laboratório), panfletos;
- Material para rastreios (UCCSH):
 - TA – Esfignomanómetro automático (4);
 - IMC – Balança (1) e fita métrica;
 - Perímetro Abdominal – fita métrica (2);
 - Glicemia capilar – Glucómetros (2); Tiras-teste (200); Lancetas (200); Compressas; Pensos rápidos (1 caixa); Contentor cortantes (2); Sacos lixo branco (2); Sacos lixo preto (2);
- Folhas de registo dos rastreios:
 - Folha de avaliação de risco de Diabetes Tipo 2 (para os não diabéticos) – Anexo I.
 - Folha de registo de presença nos rastreios (para os diabéticos) – Anexo II.

1.6 Barreiras e limites

As condições climatéricas adversas poderão fazer com que as pessoas não se desloquem ao local do evento.

2. Avaliação

A avaliação da implementação desta estratégia é obtida através do cálculo dos indicadores de avaliação previamente estabelecidos.

O número total de participantes na Comemoração do Dia Mundial da Diabetes foi de 89, tendo 65 utentes realizado rastreios (18 diabéticos e 47 não diabéticos), 8 utentes participaram na aula de hidroginástica e 16 estiveram presentes no workshop sobre alimentação saudável.

Como referido os **utentes diabéticos** que participaram nos rastreios foram 18, sendo 10 do sexo feminino e 8 do sexo masculino.

A análise do quadro seguinte permite-nos inferir que a média de idades dos utentes que efectuaram rastreios e eram diabéticos foi de 67,9 anos, o que revela uma população bastante envelhecida. Os dados considerados mais preocupantes prendem-se com o IMC avaliado, pois apresentou uma média de 29,3 kg/m², revelando uma população na sua maioria obesa, dado que vem ser corroborado pela média do perímetro abdominal dos utentes rastreados, que também foi bastante elevada: 92,8 cm.

A média da glicemia capilar avaliada foi de 134,7 mg/dl, o que pode ser justificado pela execução dos rastreios no período após o almoço e lanche (entre as 14:30horas e 17horas).

Quadro 4: Parâmetros rastreados nos utentes diabéticos

	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	67.9	9.2
Peso (kg)	75.1	13.6
IMC (kg/m²)	29.3	5.2
Perímetro Abdominal (cm)	92.8	11.6
Glicemia Capilar (mg/dl)	134.7	46.8

De seguida quisemos saber quais as diferenças nos valores da média de cada uma destas variáveis dependendo do sexo dos utentes que efectuaram os rastreios (quadro seguinte).

Quadro 5: Média das variáveis dos utentes diabéticos de acordo com o sexo

	Mulheres	Homens
Idade (anos)	69.1	66.5
Peso (kg)	72.4	78.4
IMC (kg/m²)	30.6	27.7
Perímetro Abdominal (cm)	95.5	89.5
Glicemia Capilar (mg/dl)	142.1	125.4

De acordo com os dados obtidos, as utentes do sexo feminino apresentam uma maior média de idade, uma maior média de IMC, de perímetro abdominal, assim como da glicemia capilar.

Apenas a variável *peso corporal* se encontra com uma média mais elevada nos utentes do sexo masculino. Aparentemente as mulheres diabéticas que efectuaram os rastreios encontram-se em maior risco de desenvolver complicações.

Considerando os **utentes não diabéticos** que participaram nos rastreios (n=47), obtiveram-se os resultados que se apresentam de seguida.

Assim, dos 47 utentes não diabéticos: 30 eram do sexo feminino e 17 do sexo masculino. A média de idades da amostra rondou os 58 anos.

Relativamente ao *peso corporal*, constatou-se que os utentes apresentavam uma média de peso de cerca de 72Kg. Considerando o IMC obteve-se uma média de 27Kg/m², o que corresponde à classe de pré-obesidade.

Quadro 6: Características antropométricas dos utentes não diabéticos

Dados antropométricos	Média	Média do sexo feminino	Média do sexo masculino
Idade (anos)	58	57	60
Peso (Kg)	72	67,9	79,3
IMC (Kg/m²)	27	27,6	25,9

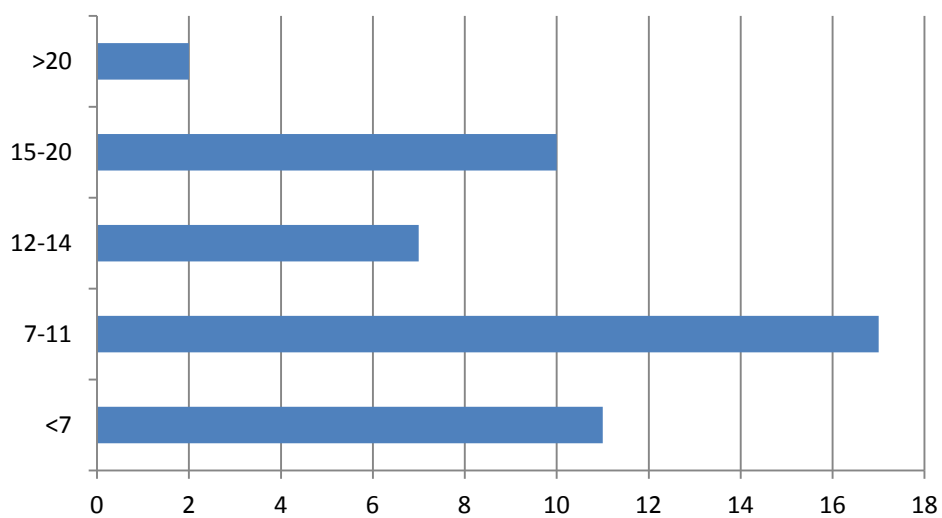
Ao avaliarmos o perímetro abdominal dos utentes do sexo masculino, constatámos que apresentavam uma média de 95cm. Considerando o perímetro abdominal das mulheres inquiridas, observámos que a média se situava nos 91,5cm. Deste modo, as médias obtidas encontram-se acima dos valores normais.

Quanto ao parâmetro Tensão Arterial, verificou-se que uma ligeira maioria dos utentes se enquadra na categoria de Hipertensão Arterial, uma vez que 25 utentes apresentavam valores superiores a 130/80mmHg e 22 utentes apresentavam valores inferiores, tendo por base as normas da DGS.

Tendo em consideração os valores de glicemia capilar obtidos, observa-se uma média de 108mg/dl. No sexo feminino, a média situa-se nos 105mg/dl e no sexo masculino nos 110mg/dl.

Aos utentes não diabéticos foi ainda aplicado um questionário para avaliação do risco de desenvolver diabetes tipo 2 (Gráfico 1).

Gráfico I – Distribuição das frequências absolutas do risco de desenvolver diabetes tipo 2



Como observámos no gráfico I, a maioria dos utentes (17) apresenta um risco sensivelmente elevado de desenvolver diabetes tipo 2 (7-11). Com risco baixo (<7) encontramos 11 utentes, risco moderado (12-14) 7 utentes, risco alto (15-20) 10 utentes e risco muito alto (>20) 2 utentes.

Quadro 7: Indicadores de avaliação e resultados

Indicador de processo	Construção		Meta	Resultado
Percentagem de participantes em pelo menos um rastreio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes em pelo menos um rastreio}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	70%	73%
Percentagem de participantes presentes na aula de hidroginástica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes presentes na aula de hidroginástica}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%	9%
Percentagem de participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes que assistiram ao workshop sobre alimentação}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%	18%
Indicador de resultado				
Percentagem de participantes diabéticos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}}$	X 100	5%	20%

Como se verifica pela análise do quadro 7, as metas estabelecidas previamente para os indicadores de resultado foram todas atingidas e superadas.

Tal como referido anteriormente, uma das barreiras ao desenvolvimento desta estratégia poderiam ser as condições climáticas que impediriam as pessoas de se deslocar ao local do evento. De facto, durante a tarde do dia 14 de Novembro choveu bastante, o que poderá ter influenciado o número de participantes.

Por outro lado, outro factor que poderá ter influenciado a adesão da população foi a divulgação tardia do evento.

3. Conclusão

O planeamento da Comemoração do Dia Mundial da Diabetes permitiu-nos obter uma visão ampla e pormenorizada de todo o trabalho a desenvolver para a realização de uma actividade deste género. Possibilitou-nos a oportunidade de compreender a necessidade do estabelecimento de parcerias na comunidade, bem como a importância de delinear planos alternativos ao previamente estabelecido, de forma a contornar obstáculos inesperados.

Durante o desenvolvimento deste documento, foi também perceptível que este tipo de actividades tem de apresentar temáticas e adequar-se à população em geral, uma vez que não é possível estabelecer critérios de inclusão.

Assim, com a realização deste planeamento, foi possível detectar previamente as necessidades e dificuldades que poderiam surgir no decorrer da actividade. Tendo em conta estes aspectos, consideramos que atingimos os objectivos propostos para a realização deste trabalho.

Realçamos que a avaliação da Comemoração do Dia Mundial da Diabetes foi positiva, o que se pode observar pelos resultados obtidos nos indicadores de avaliação, sendo que todos os participantes mostraram interesse e reconheceram utilidade no evento, como alerta para possíveis alterações de saúde e aproximação aos serviços de saúde disponibilizados.

Referências Bibliográficas

ONEGA, Lisa L.; DEVERS, Edie – Educação para a Saúde e Processo de Grupo. **In** STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-29-1. p. 302-330.

ANEXOS

Anexo I – Folha de avaliação de risco de Diabetes Tipo 2

**DIA MUNDIAL DA DIABETES
14 DE NOVEMBRO**

FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Nº inscrição: _____
 Nome: _____ Idade: _____
 Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Kg/m² Perímetro Abdominal _____ cm
 Pressão Arterial: _____ / _____ mmHg Glicemia capilar: _____ mg/dl

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/m²
 1 p. 25-30 kg/m²
 3 p. Mais de 30 kg/m²

3. Medida da cintura (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. Prática, 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 medicamentos para a 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

Nível de Risco Total

O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é:

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

Anexo II – Folha de registo de presença nos rastreios

“COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA DIABETES”

14 Novembro 2011

Nome: _____

Idade: _____ anos **Peso:** _____ Kg **Altura:** _____ cm

IMC: _____ Kg/m² **Perímetro Abdominal:** _____ cm

Tensão Arterial: _____ / _____ mmHg **Glicemia capilar:** _____ mg/dl

Original (entregar ao utente)

“COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA DIABETES”

14 Novembro 2011

Nome: _____

Idade: _____ anos **Peso:** _____ Kg **Altura:** _____ cm

IMC: _____ Kg/m² **Perímetro Abdominal:** _____ cm

Tensão Arterial: _____ / _____ mmHg **Glicemia capilar:** _____ mg/dl

Duplicado (para o enfermeiro)