



UNIVERSIDADE  
DE ÉVORA

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**

INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto  
Politécnico  
Portalegre

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



IPS Instituto  
Politécnico de Setúbal

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Diabetes: mais saber, melhor viver**

**Inês Ramos Frederico**

Orientação: Professora Maria Vitória Casas-Novas

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE  
DE ÉVORA

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto  
Politécnico  
Portalegre

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



IPS  
Instituto  
Politécnico de Setúbal

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Diabetes: mais saber, melhor viver**

**Inês Ramos Frederico**

Orientação: Professora Maria Vitória Casas-Novas

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Por mais longa que seja a caminhada,  
o mais importante é dar o primeiro passo.”

(Vinícius de Moraes)

Dedico este trabalho a todos aqueles que estiveram  
sempre presentes e que me apoiaram em todos os  
momentos deste mestrado.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a todos aqueles, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Gostaria assim de agradecer:

À Professora Maria Vitória Casas-Novas pela orientação, disponibilidade e aconselhamento durante todo o processo de estágio e relatório;

Ao Enfermeiro Jorge Gonçalves, pela permanente disponibilidade, pela partilha de conhecimentos e incentivo;

Aos restantes Enfermeiros, bem como aos Assistentes Operacionais da UCSP/UCC de Ferreira do Alentejo, pela forma como me receberam e pela disponibilidade que sempre demonstraram;

Aos utentes da UCSP/UCC de Ferreira do Alentejo, pela autenticidade e generosidade com que participaram neste projeto, pois sem eles não teria sido possível a concretização do mesmo;

À Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e às diversas Juntas de Freguesia do Concelho, pela colaboração de forma ativa na implementação deste projeto;

À minha colega e amiga Carla Espada, pelo apoio, incentivo e partilha de conhecimentos demonstrados em todos os momentos deste mestrado;

E por fim, mas igualmente importante, à minha família e outras pessoas significativas, por estarem sempre presentes, pela compreensão e por me apoiarem em todos os momentos.

A todos, o meu OBRIGADO!

Diabetes: mais saber, melhor viver

**RESUMO**

**Introdução:** A Diabetes é uma doença crónica, cuja prevalência tem aumentado em todas as faixas etárias. Visto a literacia em saúde estar relacionada com as competências e conhecimentos das pessoas, permitindo tomarem decisões acerca da sua saúde, pode-se referir que um nível adequado de literacia é essencial na autogestão da diabetes. As necessidades identificadas no diagnóstico de situação, justificaram a pertinência do projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver”.

**Objetivo:** Promover a literacia em saúde nos utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, inscritos no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, potenciando comportamentos adequados.

**Metodologia:** Recorreu-se à metodologia do planeamento em saúde.

**Resultados:** Verificou-se um défice de conhecimentos e a adoção de comportamentos desadequados, definindo-se estratégias de promoção da saúde, focadas na educação para a saúde.

**Conclusão:** As avaliações realizadas, revelaram que as intervenções delineadas vão de encontro aos objetivos propostos, dando-lhes respostas.

**Palavras-chave:** Diabetes, Literacia, Promoção da Saúde

Diabetes: know more, live better

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Diabetes is a chronic disease and its prevalence has increased in all age groups. Health literacy is related to people's skills and knowledge, what enables them to decide about their health. It can be said that having an adequate level of literacy is essential for a self-management of diabetes. The identified needs with the diagnosis justify the pertinence of the project "Diabetes: know more, live better".

**Purpose:** To promote health literacy of active age patients with diabetics type 2, who are registered in the Health Center of Ferreira do Alentejo, promoting appropriate behaviors.

**Methodology:** It was used the methodology of health planning.

**Results:** It was observed a lack of knowledge as well as the adoption of inappropriate behaviors therefore strategies for health promotion were defined, focusing on health education.

**Conclusion:** The carried out evaluations revealed that the outlined interventions are in conformity with the proposed objectives, giving them answers.

**Key words:** Diabetes, Literacy, Health Promotion

## Lista de abreviaturas/siglas

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

APA - *American Psychological Association*

CAD – Centro de Aconselhamento de Detecção

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCE – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EPE – Entidade Pública Empresarial

EU – *European Union*

FGAD – *Fundación Grupo de Amigos de los Diabéticos*

HbA1c – Hemoglobina Glicada

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

ISS – Instituto da Segurança Social

MIMUF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros



RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

WHO – *World Health Organization*

## Índice

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	20
2.1 Caracterização do ambiente de realização do estágio final .....	20
2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos .....	24
2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências .....	27
<b>3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES</b> .....	30
3.1 Caracterização geral da população/utentes .....	30
3.2 Recrutamento da população-alvo.....	32
3.3 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo .....	37
3.4 Estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo.....	45
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS</b> .....	50
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</b> .....	54
5.1 Metodologias .....	54
5.1.1 Instrumentos utilizados .....	55
5.1.2 Questões éticas .....	57
5.2 Fundamentação das estratégias/intervenções.....	58
5.3 Estratégias /intervenções acionadas .....	63
5.4 Recursos materiais e humanos disponíveis.....	70
5.5 Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas .....	72
5.6 Análise da estratégia orçamental .....	73
5.7 Cumprimento do cronograma .....	74
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO</b> .....	76
6.1 Avaliação dos objetivos .....	78
6.2 Avaliação da implementação do projeto.....	79
6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas... 91	
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS</b> .....	97
<b>CONCLUSÃO</b> .....	101
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	104
<b>APÊNDICES</b> .....	115
Apêndice I – Consentimento Informado.....	116
Apêndice II – Ofícios para a Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e Juntas de Freguesia do Concelho.....	118
Apêndice III – Convite elaborado para os parceiros.....	121
Apêndice IV – Convite elaborado para os utentes.....	123
Apêndice V – Planeamento das Sessões.....	125
Apêndice VI – Planos das Sessões das atividades planeadas .....	127
Apêndice VII – Folha de Presenças .....	139
Apêndice VIII – Autorização para o registo fotográfico .....	141
Apêndice IX – Marcador de livros.....	143
Apêndice X – Relógio do dia a dia .....	145
Apêndice XI – Folhetos da hipoglicemia, hiperglicemia e vigilância da glicemia .....	147
Apêndice XII – Livro dos Passatempos.....	151
Apêndice XIII – Certificados.....	164
Apêndice XIV – Cartaz de Divulgação .....	168
Apêndice XV – Artigo .....	170
Apêndice XVI – Estimativa de custos .....	189

Apêndice XVII – Questionários das avaliações das diversas sessões .....	197
<b>ANEXOS</b> .....	203
Anexo I – Questionário dos dados sociodemográficos, Conhecimentos sobre a Diabetes e Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes .....	204
Anexo II – Autorização do Coordenador da UCSP de Ferreira do Alentejo e Coordenador de Enfermagem da UCSP/UCC de Ferreira do Alentejo.....	209
Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ULSBA .....	211
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora.....	214
Anexo V – Autorização para utilização do Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes e a Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes.....	216
Anexo VI – T-shirts, blocos e crachás personalizados .....	218
Anexo VII – Meios de divulgação do projeto.....	220

## **Índice de Figuras**

Figura 1- Localização do concelho, freguesias e limites.....	23
Figura 2 -Principais etapas no processo do planeamento em saúde.....	55
Figura 3 - Logótipo do projeto de intervenção comunitária “Diabetes: mais saber, melhor viver” .....	64

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária .....	33
Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o sexo.....	34
Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo o Estado Civil .....	34
Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo com quem vive .....	35
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.....	36
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo a condição face ao emprego .....	36
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo o valor da HbA1c.....	37
Gráfico 8 - Percentagem de utentes diabéticos tipo 2, de acordo com o número de respostas corretas, no geral.....	40
Gráfico 9 - Distribuição da prevalência (bruta e padronizada) da Diabetes Mellitus por região .....	47
Gráfico 10 -Níveis de literacia em saúde (índice geral) em Portugal e nos países participantes (%) .....	48
Gráfico 11 - Níveis de literacia em saúde (%) e a idade (Índice Geral).....	48
Gráfico 12 - Percentagem de utentes que responderam corretamente às questões na 2ª Sessão de Educação para a Saúde .....	82
Gráfico 13 -Avaliação do número de utentes de acordo com o grau de utilidade da 2ª Sessão para o seu dia a dia .....	83
Gráfico 14 - Percentagem de utentes que responderam corretamente às questões na 3ª Sessão de Educação para a Saúde .....	85
Gráfico 15- Avaliação do número de utentes de acordo com o grau de utilidade da 3ª Sessão para o seu dia a dia .....	86
Gráfico 16-Percentagem de utentes que responderam corretamente às questões na 4ª Sessão de Educação para a Saúde .....	87
Gráfico 17- Avaliação do número de utentes de acordo com o grau de utilidade da 4ª Sessão para o seu dia a dia .....	89

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Nº de utentes por equipas de saúde e médicos de família .....	31
Quadro 2 - Número de utentes de acordo com o nível de literacia .....	40
Quadro 3 - Número de utentes de acordo com a adesão aos comportamentos adequados.....	41
Quadro 4 - Cronograma de atividades .....	75
Quadro 5 - Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão da doença.....	77
Quadro 6- Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão do controlo da doença .....	77
Quadro 7- Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão das consequências da doença .....	77
Quadro 8- Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia.....	78
Quadro 9 - Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos aos comportamentos de autocuidado .....	78
Quadro 10 - Avaliação do número de profissionais de saúde presentes na reunião, de acordo com os convocados.....	80
Quadro 11 - Avaliação do número de parceiros presentes na reunião, de acordo com os convocados .....	80
Quadro 12 - Avaliação do número de utentes presentes na reunião, de acordo com os convocados .....	81
Quadro 13 - Avaliação do número de utentes presentes na 1ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados .....	81
Quadro 14 -Avaliação do número de utentes presentes na 2ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados .....	82
Quadro 15 - Avaliação do número de utentes com respostas corretas na 2ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes.....	83
Quadro 16 -Avaliação do número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 2ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes .....	84
Quadro 17 - Avaliação do número de utentes presentes na 3ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados .....	84
Quadro 18- Avaliação do número de utentes com respostas corretas na 3ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes.....	85
Quadro 19- Avaliação do número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 3ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes .....	86
Quadro 20 - Avaliação do número de utentes presentes na 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados .....	87
Quadro 21- Avaliação do número de utentes com respostas corretas na 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes.....	88
Quadro 22- Avaliação do número de utentes que adquiriram conhecimentos acerca da monitorização da glicémia capilar na 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes .....	88
Quadro 23-Avaliação do número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes .....	89
Quadro 24- Meta e indicador de atividade relativos ao número de utentes presentes na 5ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados.....	90
Quadro 25– Meta e indicador de resultado acerca da aquisição de conhecimentos na 5ª Sessão de Educação para a Saúde,de acordo com os presentes .....	90

Quadro 26 – Meta e indicador de resultado de acordo com o número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 5ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes .....	91
Quadro 27 – Meta e indicador de atividade relativos ao número de utentes presentes na 6ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados.....	91
Quadro 28– Avaliação intermédia de acordo com o número de reuniões planeadas e concretizadas .....	92
Quadro 29– Avaliação intermédia de acordo com o número de Sessões de Educação para a Saúde planeadas e concretizadas .....	92
Quadro 30 – Avaliação intermédia de acordo com o nível de literacia.....	93
Quadro 31– Avaliação intermédia de acordo com as dimensões do questionário .....	94
Quadro 32– Avaliação intermédia acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão da doença.....	94
Quadro 33– Avaliação intermédia acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão do controlo da doença.....	95
Quadro 34 – Meta e indicador de resultado acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão das consequências da doença .....	95
Quadro 35 – Avaliação intermédia acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia .....	96

## **1. INTRODUÇÃO**

A elaboração do presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2º ano, 1º semestre. Este espelha todo o trabalho realizado na comunidade, ao longo dos diversos períodos de estágio, e conta com a descrição e análise reflexiva de todas as atividades desenvolvidas e dos momentos de aprendizagem, pessoal e profissional.

Foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária intitulado “Diabetes: mais saber, melhor viver”, que teve como objetivo geral, promover a literacia em saúde nos utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, inscritos no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, potenciando comportamentos adequados. Como objetivos específicos apresentou, aumentar os conhecimentos na dimensão da doença, na população-alvo; amplificar os conhecimentos na dimensão das consequências da doença, na população-alvo; desenvolver a aquisição de conhecimentos na dimensão do controlo da doença, na população-alvo; incrementar os conhecimentos na dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicémia, na população-alvo e promover a adoção de comportamentos adequados.

Para justificar a pertinência da implementação deste projeto, foi tido por base o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes [PNPCD] e os resultados obtidos no diagnóstico de situação, onde foram identificados os problemas da população em estudo. O desenvolvimento deste, teve por base a metodologia do planeamento em saúde. Sendo a seleção das estratégias uma das etapas do mesmo, foi essencial a utilização de várias, baseadas na promoção da saúde e no modelo de promoção da saúde de Nola Pender.

Na diabetes, como em tantas outras temáticas, atendendo à sua transversalidade e complexidade, é essencial abordar todos os contextos da doença, pois estes estão interligados.

A literacia em saúde está relacionada com competências e conhecimentos das pessoas, sendo essencial para que possam tomar decisões acerca da sua saúde, e realizar a autogestão da diabetes.

No Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), da Direção Geral de Saúde [DGS], é identificada a necessidade de reduzir a prevalência e incidência da diabetes, a



morbilidade e mortalidade associadas à doença e retardar o aparecimento de complicações. Para que isto seja possível, no mesmo programa é referida a importância de serem utilizadas estratégias de intervenção, baseadas na prevenção primária, secundária, terciária e na promoção da qualidade dos cuidados de saúde, através de profissionais de saúde que tenham a formação necessária, na transmissão de informação à população acerca da diabetes e os seus fatores de risco e da implementação de programas de intervenção comunitária (DGS, 2008).

A enfermagem, pelo facto de ocorrer em vários contextos, inclui “a prevenção da doença, a promoção da saúde, a proteção da saúde, a vigilância, a educação, a manutenção, a restauração, a coordenação, a gestão e a avaliação dos cuidados a indivíduos, famílias, populações, incluindo comunidades” (Stanhope & Lancaster, 2011:XIV). Deste modo, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, assume um papel preponderante junto da população diabética utilizando estratégias que visem a promoção da saúde, deve ter uma visão de planeamento, identificar as áreas de atuação e ter um papel preponderante na criação da mudança. Assim, é essencial que o mesmo compreenda os conceitos e teorias da saúde comunitária e saúde pública, estando esta última incluída no vasto campo da enfermagem de saúde comunitária e enfermagem centrada na comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011).

Neste ponto de vista, é essencial planear em saúde. O planeamento em saúde é definido por Imperatori & Giraldes (1993:23), como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.”

Como referido por Imperatori & Giraldes (1993), sabe-se que a saúde é determinada por diversos fatores, que englobam os agentes biológicos, estilos de vida e organização dos serviços de saúde. Estes determinantes de saúde, estabelecem uma complexa rede de fatores que se relacionam entre si e influenciam o processo saúde-doença, não só do indivíduo mas também da comunidade onde está inserido (Sant’anna, Cezar-Vaz, Cardoso, Erdmann & Soares, 2010). Assim, e como afirmam Imperatori & Giraldes (1993), não é possível fazer uma separação entre o planeamento em saúde e os determinantes de saúde.

Em concordância com Frazen, Almeida, Aliti, Bercini, Menegon & Rabelo (2007), as doenças crónicas, geralmente, não têm cura e revelam-se incapacitantes, estando relacionadas com variados fatores de risco. As doenças crónicas, como a diabetes, hipertensão e obesidade, apresentam fatores de risco, que na sua maioria, estão relacionados com os estilos de vida inadequados (Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge, 2016a). A mesma fonte,

refere ainda que, estas doenças são cada vez mais frequentes, tanto a nível global como no nosso país. Estas, levam a uma elevada utilização de cuidados e despesa em saúde (Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge, 2016a).

Williams & Pickup (2006) definem Diabetes Mellitus como uma patologia caracterizada por uma elevação crónica da concentração da glicose no sangue. É causada “por uma ausência absoluta ou relativa de insulina, ou seja, a insulina não é produzida pelo pâncreas, é insuficiente ou a sua acção não é suficiente para as necessidades do organismo” (Williams & Pickup, 2006:2). Tal como as diversas doenças crónicas, também a Diabetes Mellitus implica um elevado investimento em cuidados de saúde e mudanças nos estilos de vida.

Existem vários tipos de diabetes, sendo um deles a Diabetes Mellitus tipo 2. Em conformidade com Williams & Pickup (2006:3), este é o tipo mais comum da diabetes, surgindo normalmente em adultos ou idosos e é causado por “uma alteração da secreção de insulina bem como por uma «resistência» à acção da insulina nas suas células alvo.” Associados a este tipo de diabetes, surgem diversos fatores de risco, como a idade, obesidade, inatividade física, história familiar e variações de incidência raciais e geográficas (Williams & Pickup, 2006).

Em concordância com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016), a prevalência da diabetes está a aumentar. A mesma fonte refere, que no mundo, em 2015 existiam 415 milhões de pessoas com diabetes e que no ano de 2040, este número aumentará para 642 milhões. Sabe-se ainda que esta doença, no ano de 2015, provocou 5 milhões de mortes. Como abordado pela WHO Regional Office for Europe (2016), na Europa, aproximadamente 60 milhões de pessoas apresentam diabetes e a prevalência está a aumentar, afetando entre 10 a 15% da população. Em Portugal, no ano de 2015, a prevalência estimada da diabetes, entre os 20 e os 79 anos, foi de 13,3%, ou seja, mais de um milhão (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). Através dos dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018a), é possível observar que, a diabetes é a quinta causa de morte em Portugal.

A World Health Organization [WHO] (2016a) define literacia em saúde como a capacidade que os indivíduos possuem, de forma a terem acesso, compreenderem e utilizarem as informações que lhes são transmitidas, mantendo um bom estado de saúde tanto para os próprios, como para as suas famílias e comunidade em geral. Pedro, Amaral & Escoval (2016), acrescentam que diversos estudos, revelam que o nível inadequado de literacia em saúde, surge como um determinante da mesma, podendo trazer implicações significativas nos

resultados em saúde e na utilização dos serviços. A literacia em saúde emerge como um ponto de partida para a melhoria dos cuidados de saúde, bem como dos níveis de saúde no nosso país (Pedro *et al*, 2016).

Através de uma reunião realizada com a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] – “Cuidar Ferreira na Proximidade” de Ferreira do Alentejo ficou demonstrado que a diabetes era uma problemática já existente no concelho. Perante o descrito anteriormente e evidenciado pela pesquisa bibliográfica realizada, tornou-se relevante direccionar o diagnóstico de situação para esta área, verificando o nível de literacia em saúde na diabetes e os comportamentos das pessoas diabéticas.

Esta etapa do planeamento em saúde, foi realizada na UCC de Ferreira do Alentejo, tendo sido definida como população-alvo, os utentes diabéticos tipo 2 e a amostra, 39 utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, inscritos no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo. Idade ativa, segundo a PORDATA (s.d.) é a “idade compreendida entre os 15 e os 64 anos”.

Assim, procedeu-se à avaliação das necessidades de saúde através da aplicação de um questionário, que inclui os dados sociodemográficos, conhecimentos sobre a diabetes e a escala de atividade de autocuidado com a diabetes, pois o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, tendo em conta a sua formação, participa na avaliação e pode tomar decisões, identificando os diversos problemas da população e desenvolvendo projetos de intervenção comunitária, que visam a capacitação e “*empowerment*” da mesma.

Em relação à estrutura deste relatório, inicialmente, será apresentada a análise do contexto, que inclui a caracterização do ambiente de realização do estágio, caracterização dos recursos materiais e humanos e a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências. Seguidamente, passar-se-á para a análise da população/utentes, caracterizando a população-alvo, definindo a forma como foi realizado o recrutamento da mesma, identificando as necessidades específicas, bem como os estudos acerca de programas de intervenção. No capítulo seguinte, será apresentada a análise reflexiva dos objetivos e subsequentemente a análise reflexiva das intervenções, que inclui, a metodologia, fundamentação das intervenções e estratégias acionadas, recursos materiais e humanos, contactos desenvolvidos e entidades envolvidas, a estratégia orçamental e o cumprimento do cronograma. Posteriormente, apresentar-se-á a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, incluindo a avaliação dos objetivos, implementação do projeto e descrição dos momentos de avaliação intermédia. Por fim, surge a análise reflexiva das competências mobilizadas e adquiridas.

O presente relatório segue as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e as referências bibliográficas estão de acordo com a Norma da *American Psychological Association* [APA] – 6ª edição.

## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

No presente capítulo serão apresentados os diversos aspetos do contexto de realização do estágio. Este, inicia-se com a descrição do ambiente de realização do estágio final, seguindo-se a caracterização dos recursos materiais e humanos e por fim, a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

### 2.1 Caracterização do ambiente de realização do estágio final

O Estágio Final decorreu numa unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo - “Cuidar Ferreira na Proximidade”.

Esta unidade, conjuntamente com a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], são parte integrante do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, sendo este, uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários.

A UCC – “Cuidar Ferreira na Proximidade”, que iniciou a sua atividade no ano de 2011,

“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2016a)

Apresenta as seguintes carteiras de serviço:

- “Olha por ti” - tem como objetivo promover a literacia em saúde na população escolar nos diferentes âmbitos do Programa Nacional de Saúde Escolar;
- “Renascer em luto” – tem como objetivo diminuir a incidência de luto complicado nos familiares e/ou pessoas significativas;

- Atualmente, conta também com o presente projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver” – pretende promover a literacia em saúde na diabetes, potenciando comportamentos adequados;
- Programa de Melhoria Contínua - formação contínua dos profissionais, satisfação dos utentes, gestão do risco clínico e controlo de infeção;
- Programa de Cuidados Continuados Integrados (Equipa de coordenação local [ECL], Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI] e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos [ECSCP Beja+]);
- Parcerias na Comunidade (Intervenção Precoce, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ], Rede Social e Núcleo Local de Inserção/Rendimento Social de Inserção).

Os enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública, têm um papel preponderante nas UCC, na medida em que estas apresentam contextos ideais para o desenvolvimento do empoderamento comunitário, permitindo intervenções de proximidade com a população (Melo, 2015). Estes intervêm de modo a promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

A UCSP de Ferreira do Alentejo, tem como objetivo, proporcionar “cuidados de saúde adequados ao longo das diferentes fases do ciclo de vida, tais como: Consulta de Saúde de Adultos, Consultas de Diabetes, Consultas e Tratamentos de Enfermagem, Consultas de Planeamento Familiar, Consultas de Saúde Materna, Aulas de Preparação para o Parto, Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, Consultas de Hipocoagulação, Consulta do Pé Diabético, Consulta de Pneumologia, Consultas de Psicologia, Consultas de Terapia da Fala, Consultas de Enfermagem de Saúde Mental, Serviço Social, Tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação, Vacinação, Cuidados Paliativos, Rastreio do Cancro da Mama, Rastreio do Cancro do Colo do Útero, Rastreio do Cancro do Colon e Reto, Consulta de Recurso, Consultas e Tratamentos de Saúde Oral, Consultas de Nutrição.” (SNS, 2016a)

Como supracitado, ambas as unidades descritas, constituem o Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, que de acordo o SNS (2016a), está vocacionado para a “prestação de cuidados de proximidade nas vertentes da prevenção, tratamento e reabilitação dos seus utentes, sendo a sua área de influência o concelho de Ferreira do Alentejo.” A população inscrita no mesmo, é sem dúvida o foco principal dos profissionais de saúde. A prestação de cuidados a esta população, é realizada, tanto pela equipa da UCSP, como da UCC.

O referido Centro de Saúde, encontra-se inserido no Agrupamento dos Centros de Saúde [ACES] do Baixo Alentejo, que integra outras unidades funcionais, como os Centros de Saúde dos diversos concelhos do distrito de Beja, exceto o concelho de Odemira, bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], Unidade de Saúde Pública [USP], Centro de Diagnóstico Pneumológico [CDP] e o Centro de Aconselhamento de Detecção [CAD] (SNS, 2016b).

Segundo o artigo 3º do Decreto-lei 28/2008, os ACES “têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”, desenvolvem atividades “de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” e “de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais.” (Ministério da Saúde [MS], 2008:1183)

Por sua vez, o ACES, pertence à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. Esta, é uma Entidade Pública Empresarial [EPE], criada pelo Decreto-lei nº.183/2008, de 4 de setembro, devido à constante preocupação relativa à articulação dos cuidados de saúde primários e diferenciados, para a eficiente prestação dos cuidados (SNS, 2016b). Apresenta como objetivos “a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, (...) bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na sua área geográfica de abrangência.” (SNS, 2016b)

Conjuntamente aos serviços de saúde mencionados, o Concelho de Ferreira do Alentejo conta ainda com uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, localizada no edifício do Centro de Saúde, sendo esta “uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Alentejo, em parceria, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]” (Unidade de Longa Duração e Manutenção de F.A., 2008). Tem como objetivo prestar “apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida” (Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS], 2018:8).

O referido concelho, localizado na região do Baixo Alentejo e pertencente ao Distrito de Beja, é delimitado a norte por Alcácer do Sal e Alvito, a este por Cuba e Beja, a sul por Aljustrel, a sudoeste por Santiago do Cacém e a oeste por Grândola. Ocupa uma área de 648,249 Km<sup>2</sup> e é constituído por quatro freguesias, sendo elas: União de Freguesias de

Alfundão e Peroguarda, União de Freguesias de Ferreira do Alentejo e Canhestros, Figueira dos Cavaleiros e Odivelas (Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo, 2013) (Figura 1).



Figura 1- Localização do concelho, freguesias e limites.

Fonte: Visitar Portugal, 2017 ([www.visitarportugal.pt](http://www.visitarportugal.pt))

Através dos dados do INE (2018b), verifica-se uma diminuição da população do concelho, entre os anos de 2001 e 2016, sendo que no primeiro era de 8.978 e no segundo de 7.959.

Existem indicadores que expressam aspetos ou características concretas da realidade, sendo estes necessários para a caracterização socioeconómica de um concelho. Alguns exemplos desses indicadores estão relacionados com a taxa de mortalidade, mortalidade infantil, natalidade, índice de envelhecimento, entre outros.

No que se refere à taxa de mortalidade, segundo os dados do INE (2017a), em 2016, Portugal apresentava uma taxa bruta de mortalidade de 10,7%, no Alentejo de 14, 8%, no Baixo Alentejo de 16,1% e no concelho de Ferreira do Alentejo de 17,0%. Tendo em conta a mesma fonte, observa-se que em 2015, a taxa bruta de mortalidade era mais baixa em relação ao ano de 2016, a nível nacional, na região do Alentejo, bem como no concelho de Ferreira do Alentejo. Já no Baixo Alentejo verifica-se que a taxa bruta de mortalidade foi superior no ano de 2015.

Em 2016, relativamente à taxa de mortalidade infantil, é possível verificar que em Portugal, a mesma era de 3,2%. Já no Alentejo, era de 3,7% e no Baixo Alentejo de 2,9%. É de realçar o facto de no concelho mencionado anteriormente, a partir do ano de 2009, ter mantido essa taxa nos 0% (INE, 2017b).



A taxa bruta de natalidade no concelho, aumentou significativamente do ano 2015 para 2016, apresentando em 2015, uma taxa de 7,3% e em 2016, 10,3% (INE, 2017c).

O índice de envelhecimento é outro indicador importante para caracterizar a realidade. Em Portugal, em 2001 o índice de envelhecimento era de 101,6% e em 2016, passou para 148,7%. No Alentejo, bem como no Baixo Alentejo, também é possível observar um aumento no índice de envelhecimento. O concelho de Ferreira do Alentejo não é exceção, onde, em 2001, o índice era de 192,8% e em 2016 passou para 206,6% (INE, 2018c). Analisando os dados expostos anteriormente, conclui-se que, de forma generalizada no nosso país, estamos perante uma população envelhecida.

Relativamente ao contexto económico, os indicadores na área do emprego e mercado de trabalho, revelam-se essenciais, sendo estes fatores de vulnerabilidade para a população. Em Portugal, a taxa de desemprego, era em 2011, de 13,2%, no Alentejo era 12,8%, no Baixo Alentejo era 14,4% e no concelho mencionado, era de 16,3% (INE, 2015). Observa-se, através dos dados do INE (2015), que, não só no concelho de Ferreira do Alentejo, como em Portugal, Alentejo e Baixo Alentejo, a taxa de desemprego é mais elevada nas mulheres.

No concelho, em 2017, existiam 244 pessoas beneficiárias do Rendimento Social de Inserção e Rendimento Mínimo Garantido, sendo a sua maioria em pessoas com idade inferior a 25 anos (INE, 2018d). Apesar do referido anteriormente, graças ao regadio e novas culturas, que atraíram vários investimentos, o concelho encontra-se em expansão (Confederação Nacional das Cooperativas Agrícolas e do Crédito Agrícola de Portugal, CCRL, 2016). Segundo Silva (2008:31), “em termos económicos, a agricultura e a pecuária são as principais actividades da população do concelho, merecendo relevo a proporção da população empregada neste sector de actividade (25%).”

Ao nível das condições habitacionais, o concelho, apresenta saneamento básico, eletricidade e água canalizada. Existem diversos espaços públicos para atividades culturais, desporto, lazer e várias associações locais.

## **2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos**

Como referido anteriormente, o Centro de Saúde encontra-se dividido em duas unidades funcionais (UCSP e UCC), que apesar de serem distintas, complementam-se na prestação de cuidados.

Para além da sede, dispõe de 8 extensões de saúde nas diversas freguesias do concelho, facilitando assim, a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde (SNS, 2016b).

No que se refere à estrutura física, o Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, possui algumas áreas comuns a ambas as unidades, sendo elas, uma biblioteca, um gabinete do coordenador, um gabinete do coordenador técnico, uma secretaria, um balcão de atendimento, um refeitório, uma lavandaria, um vestiário feminino e um masculino, uma sala de resíduos, três casas-de-banho (incluindo uma específica para crianças), um gabinete de fisioterapia e o respetivo ginásio, quatro salas de espera e uma sala destinada ao projeto “Cantinho da Amamentação”.

Especificando cada uma das unidades, a UCSP conta com uma sala de tratamentos, uma sala de vacinação, um gabinete de enfermagem de saúde infantil, um gabinete de planeamento familiar, um gabinete de saúde materna, um gabinete da higienista oral, uma sala do pé diabético e seis gabinetes médicos.

O horário de funcionamento é das 8h às 20h, durante a semana e das 8h às 14h aos fins de semana e feriados, com as consultas de recurso.

Esta Unidade dispõe de 3 viaturas com os respetivos motoristas, para transportes das equipas de saúde às diversas extensões, bem como para a realização de domicílios durante a semana.

A UCC dispõe de quatro gabinetes, um do coordenador de enfermagem, um de enfermagem e dois que atualmente estão afetos aos técnicos da URAP, ou seja, a nutricionista, o psicólogo, a terapeuta da fala e a assistente social. Estes técnicos exercem as suas funções na UCC a tempo parcial variável. Conta ainda com uma casa de banho para os profissionais e uma sala de espera.

O horário de funcionamento durante a semana, é das 8h às 20h, dividido em dois turnos. O turno da manhã (8h às 16h), conta com 2 enfermeiros e o enfermeiro coordenador e o turno da tarde (12h às 20h) que é composto por um enfermeiro.

No que se refere aos fins de semana e feriados, o funcionamento é das 8h às 14h, onde a prestação de cuidados ao domicílio é realizada por um enfermeiro. Nos referidos dias, os enfermeiros da UCC prestam cuidados ao domicílio tanto aos utentes em internamento da ECCI, como aos da UCSP.

A UCC dispõe de uma viatura da RNCCI, diariamente, para a realização das visitas domiciliárias.

Em ambas as unidades, todos os gabinetes possuem os equipamentos necessários à prestação de cuidados, bem como computadores para os registos e partilha de informações relevantes à prática.

O trabalho realizado de modo multiprofissional e multidisciplinar, constitui uma mais-valia para a população alvo dos cuidados. Assim, uma equipa multidisciplinar é composta por “profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, e que trabalham em prol de um único objectivo. Esta equipa permite uma acção clínica ou educativa unificada decorrente de ângulos diferentes do saber.” (Vicente, 2011:35). O trabalho realizado em equipa multidisciplinar deve desenvolver capacidades conjuntas para o cuidado ao ser humano, através da interação e negociação entre os diversos intervenientes. (Neves, 2012)

Nesta linha de pensamento, o Centro de Saúde é constituído por uma equipa multidisciplinar, que conta com 6 médicos, 11 enfermeiros (3 na UCC, 7 na UCSP e um enfermeiro coordenador das duas unidades), 8 assistentes técnicos e 7 assistentes operacionais. Dos 3 enfermeiros da UCC, 2 são especialistas em saúde comunitária, já o enfermeiro coordenador de ambas as unidades, é especialista em saúde pública.

Esta equipa é ainda complementada por um psicólogo, uma nutricionista, uma assistente social, uma terapeuta da fala, uma fisioterapeuta e uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, que partilham funções com outros Centros de Saúde da área de influência da ULSBA.

Dos 3 enfermeiros da UCC, 2 exercem funções em Contrato Individual de Trabalho [CIT], tendo por isso, o número de horas semanais de 40 horas, englobando os fins de semana. O outro enfermeiro exerce funções a 35 horas semanais, incluindo também os fins de semana. Já o enfermeiro coordenador, sendo também um membro da UCC, também exerce funções num horário de 35 horas semanais.

No que se refere aos programas/projetos da UCC, existem alguns afetos a todos os enfermeiros, enquanto outros estão distribuídos por cada um dos profissionais.

Os projetos/programas “Renascer em luto” e ECCI, apesar de terem um enfermeiro responsável pela sua monitorização, todos os enfermeiros estão inseridos na prestação de cuidados.

O projeto “Olha por ti”, está a cargo do enfermeiro responsável pela saúde escolar.

O presente projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver”, tem como responsáveis a enfermeira mestranda, bem como o enfermeiro supervisor.

No que se refere ao Programa de Melhoria Contínua, está a cargo de 2 enfermeiros da UCC e também o enfermeiro coordenador.

Englobado no Programa de Cuidados Continuados Integrados, a ECL é da responsabilidade do enfermeiro coordenador, já a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, tem como elo de ligação, um dos 3 enfermeiros da UCC.

As parcerias na Comunidade estão a cargo de um enfermeiro.

### **2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências**

De acordo com o MS (2011), os cuidados de saúde primários [CSP] são o pilar do Serviço Nacional de Saúde. Estes assumem “importantes funções de promoção e protecção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços” e contribuem para melhores níveis de saúde da população (MS, 2011:1182).

Como referido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a), as mudanças verificadas ao nível populacional, padrão de morbilidade e o desenvolvimento de doenças crónicas, requerem uma adaptação na prestação de cuidados. Deste modo, os CSP assumem um papel preponderante na saúde, dando respostas aos problemas da pessoa, família e comunidade.

Perante o descrito, o enfermeiro deve focar-se na população, promover a saúde e prevenir a doença e intervir junto da pessoa, família e comunidade, melhorando a sua qualidade de vida e o seu estado de saúde. Este, em concordância com a OE (2011b), constitui um recurso e um elemento da comunidade, ocupando uma posição privilegiada na identificação das necessidades e garantindo respostas adequadas na qualidade da prestação de cuidados.

É também referido no artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro, que o mesmo, “sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, b) participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005:83)

Assim, sendo o enfermeiro confrontado frequentemente com novos desafios, deve acompanhar a evolução constante na área da saúde, amplificando os seus conhecimentos através da formação especializada.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2011c:8648)

Em conformidade com Sousa (2013), competência não se resume apenas ao saber, ou ao saber fazer, mas sim, à forma como a mesma é utilizada, de modo eficaz e eficiente. “Adquirir competência é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, e este conhecimento resulta da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica.” (Sousa, 2013:2)

No artigo 3º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, competências comuns são definidas como aquelas que são

“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2011c:8649).

Já as competências específicas, em concordância com o mesmo regulamento, são as que advêm das “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2011c:8649)

Deste modo, as competências do enfermeiro especialista vão ao encontro dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais, sendo que as primeiras surgem como o aprofundamento das segundas. (OE, 2011c)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, como mencionado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, possui “(...) um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.” (Regulamento n.º 128/2011 da OE, 2011a:8667)

Conforme o referido regulamento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é detentor de competências específicas e pode intervir em inúmeros contextos, como “participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e

projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades (...)” (Regulamento n.º 128/2011 da OE, 2011a:8667).

Atendendo às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, definidas no regulamento nº128/2011 (OE, 2011a), a elaboração e implementação de um projeto de intervenção comunitária, permite a aquisição e desenvolvimento das mesmas, nomeadamente:

- Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Estas, surgem como as competências necessárias para o desenvolvimento de um projeto e consequentemente, de intervenções que visam a promoção e prevenção da saúde e que melhoram a qualidade de vida das populações.

No presente subcapítulo, foram enumeradas as competências a adquirir/desenvolver com a implementação do projeto de intervenção comunitária, que serão novamente abordadas e analisadas reflexivamente no capítulo referente às competências mobilizadas e adquiridas.

### 3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Neste capítulo será realizada uma análise da população/utentes. Assim, surge como essencial definir população, população-alvo e amostra.

Em conformidade com Fortin, Côté & Filion (2009:311), população define-se como “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”. Os mesmos autores, referem que, uma população objeto de um estudo, tem o nome de população-alvo, sendo “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.” (Fortin *et al*, 2009:311)

Na impossibilidade de estudar toda a população-alvo, surge como necessário construir uma amostra, que é “a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo.” (Fortin *et al*, 2009:312)

#### 3.1 Caracterização geral da população/utentes

De acordo com os dados apresentados pelo INE (2018e), a população residente na União Europeia [UE] no ano de 2016 era de 510.899.924, sendo que 249.713.691 eram do sexo masculino e 261.186.233 do sexo feminino.

Dados do Eurostat (2017), demonstram que no ano de 2016, da população total residente na UE, os jovens (idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) representavam 15,6%, enquanto as pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos) constituíam 65,3% dessa população. Já os idosos (pessoas com 65 anos ou mais) apresentavam uma percentagem de 19,2%.

No entanto, atualmente verifica-se uma transformação da pirâmide etária na UE, pelo facto das taxas de natalidade serem cada vez mais baixas e a esperança média de vida estar a aumentar. A alteração mais evidente, está relacionada com o envelhecimento da população, ou seja, está a caminhar-se para uma estrutura populacional envelhecida. Consequentemente, verifica-se também uma alteração na população em idade ativa, pois a proporção deste grupo populacional está a diminuir. (Eurostat, 2017)

No que se refere a Portugal, no ano de 2016, a população residente era de 10.325,452, sendo que 4.891,983 eram homens e 5.433,469, mulheres.

Desta, 6.715.096 era população em idade ativa, verificando-se que na faixa etária entre os 35 e os 44 anos, era onde existia o maior número de pessoas. (INE, 2018f, 2018g)

No Alentejo, conforme os dados do INE (2018b), a população total residente em 2016 era de 721.239. Desta, 449.194 encontrava-se em idade ativa. (INE, 2018g)

Verificou-se em 2016, no Baixo Alentejo, através dos dados do INE (2018b, 2018g), um total de população residente de 119.576, sendo que 74.395 estava em idade ativa.

Especificando para o concelho de Ferreira do Alentejo, a população total residente é de 7.959, onde 4.971, em 2016 se encontravam em idade ativa. Estes dados, confrontados com o ano de 2001, demonstram que a população está a diminuir. (INE, 2018b, 2018g)

Tanto no Alentejo, como Baixo Alentejo e no concelho de Ferreira do Alentejo, verifica-se que a população do sexo feminino é superior à do sexo masculino. (INE, 2018f)

Ambas as unidades funcionais do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, prestam cuidados de saúde a toda a população do concelho. No entanto, é possível verificar que a população inscrita é menor do que a população total residente, pois existem habitantes que se encontram temporariamente no concelho por motivos profissionais.

Segundo os dados do programa informático Sistema de Informação para as Unidades de Saúde [SINUS] (2017), disponíveis no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, o total de população inscrita no mesmo é de 7739 utentes. Esta, encontra-se dividida por médicos de família e equipas de saúde (Quadro 1). De acordo com os dados recolhidos, é possível verificar que na maioria das equipas de saúde, o número de utentes do sexo feminino é superior ao número de utentes do sexo masculino.

<b>Equipa de Saúde/Médico de Família</b>	<b>Nº total de utentes</b>	<b>Nº total de utentes do sexo masculino</b>	<b>Nº total de utentes do sexo feminino</b>
<b>Médica D.</b>	1607	780	827
<b>Médica F.</b>	1439	650	789
<b>Médico F.</b>	352	174	178
<b>Médico L.</b>	1435	723	712
<b>Médica M.</b>	1477	719	758
<b>Médico R.</b>	1429	688	741

Quadro 1 - Nº de utentes por equipas de saúde e médicos de família

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SINUS (2017)



Sendo a diabetes a temática escolhida para o desenvolvimento do projeto, surge como necessário descrever a população diabética inscrita no Centro de Saúde.

Através dos dados disponíveis no Centro de Saúde e apresentados pelo programa informático Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIMUF] (2017), do total de população inscrita, 78 pessoas são diabéticas tipo 1 e 798 diabéticas tipo 2. Dos 78 diabéticos tipo 1, 34 são do sexo masculino e 44 do sexo feminino, onde o maior número de utentes se encontra na faixa etária maior ou igual a 65 anos (52 utentes). Já os diabéticos tipo 2, dos 798 utentes, 390 são do sexo masculino e 408 do sexo feminino, com 258 utentes em idade ativa e 540 com idade igual ou superior a 65 anos.

Os dados estatísticos da ULSBA relativos ao ano de 2016 (2017), demonstraram, no que se refere à primeira consulta do ano da diabetes, que dos utentes em idade ativa, apenas 35,1% utilizaram os serviços para realização da mesma. Também se pode constatar, que em termos de frequência à primeira consulta, em idade ativa, os homens revelaram-se mais cumpridores do que as mulheres.

### **3.2 Recrutamento da população-alvo**

Entre todos os outros aspetos relevantes da literatura, os óbitos por doenças crónicas em idades entre os 30 e os 69 anos, a prevalência da diabetes, o facto da diabetes tipo 2 ser aquela que apresenta fatores de risco modificáveis onde se pode intervir, melhorando a qualidade de vida e o défice na literacia em saúde, revelaram-se essenciais para a determinação da população-alvo. Com tudo o referido, e tendo em conta os dados recolhidos no Centro de Saúde e os dados estatísticos apresentados pela ULSBA (2017), referentes à participação dos utentes em idade ativa nas consultas específicas da diabetes, decidiu-se direccionar o diagnóstico de situação para os utentes diabéticos tipo 2 em idade ativa.

Do número total de diabéticos tipo 2, foram apenas selecionados os utentes em idade ativa, ou seja, 258 utentes. Deste modo, foi definida como população-alvo, os utentes diabéticos tipo 2, sendo calculada uma amostra representativa de 15%, perfazendo o total de 39 utentes. Segundo Fortin *et al* (2009), para ser representativa deve obedecer a algumas características, principalmente nas variáveis sociodemográficas, neste caso, a faixa etária e no estado de saúde. A amostra foi definida aleatoriamente, através do Office 2007, programa Microsoft Office Excel 2007, com a função =ALEATÓRIOENTRE (inferior; superior).

Assim, a amostra é: 39 utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, inscritos no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

Tendo em conta a amostra definida para realização do diagnóstico de situação e implementação do projeto, é importante referir os dados sociodemográficos relativos à mesma.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences [SPSS]*, versão 24. Pereira (2006), afirma que o SPSS é “uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar, em poucos segundos, os resultados.”

No que se refere à idade da amostra representativa, pode verificar-se, através do gráfico 1, que a maioria dos utentes diabéticos tipo 2 apresenta idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (92,3%, n=36). Com uma percentagem de 7,7% (n=3), encontram-se os utentes com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos.

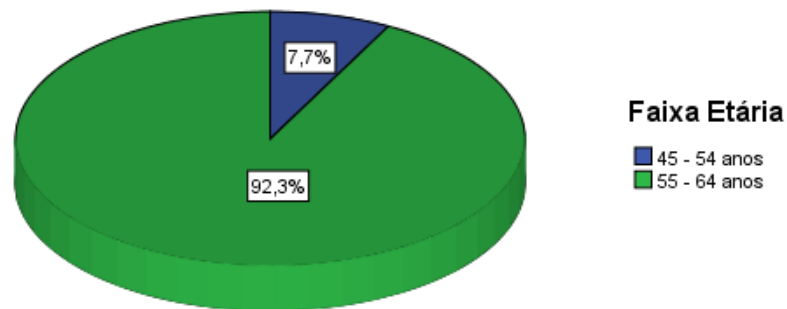


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

Quanto ao sexo, o gráfico 2, demonstra a distribuição da amostra de acordo com o sexo dos utentes diabéticos, sendo que, 56,4% (n=22) são do sexo masculino e 43,6% (n=17), do sexo feminino.

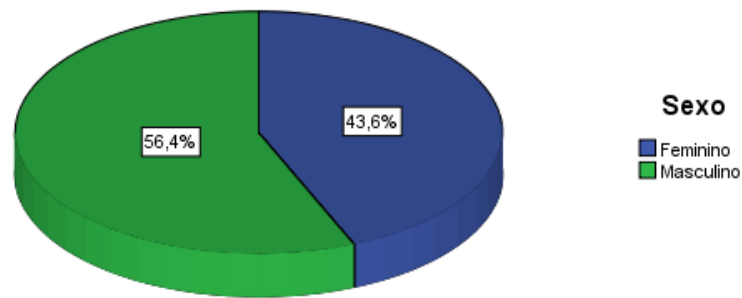


Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo o sexo

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

Relativamente ao estado civil, existe uma predominância do estado civil Casado(a)/União de facto (71,8%, n=28), por outro lado, o estado civil Divorciado(a)/Viúvo(a)/Solteiro(a) surge com uma percentagem de 28,2% (n=11) (Gráfico 3).

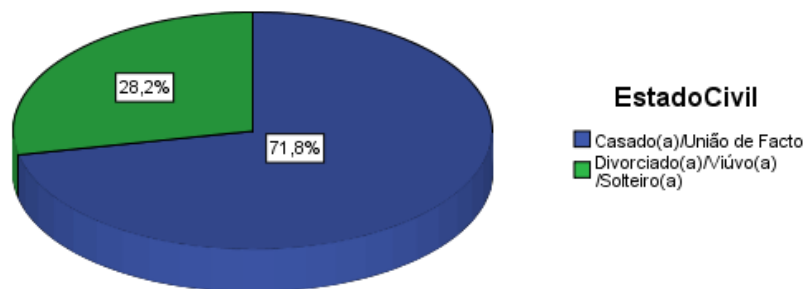


Gráfico 3- Distribuição da amostra segundo o Estado Civil

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

Analisando o gráfico 4, constata-se que a maioria (33,3%, n=13) dos participantes vive com o cônjuge, seguidos dos que vivem com o cônjuge e o filho(a) (25,6%, n=10) e posteriormente, encontram-se os que vivem sozinhos (12,8%, n=5). Em percentagens mais pequenas (5,1%, n=2), estão os utentes que vivem com o companheiro(a), filho(a), cônjuge e sogra. Ainda com menor percentagem (2,6%, n=1), encontram-se os que vivem com o irmão(a), com o companheiro(a), filho(a), mãe, com o companheiro(a), enteado(a), com o cônjuge, neto(a) e com o companheiro(a), filho(a), neto(a).

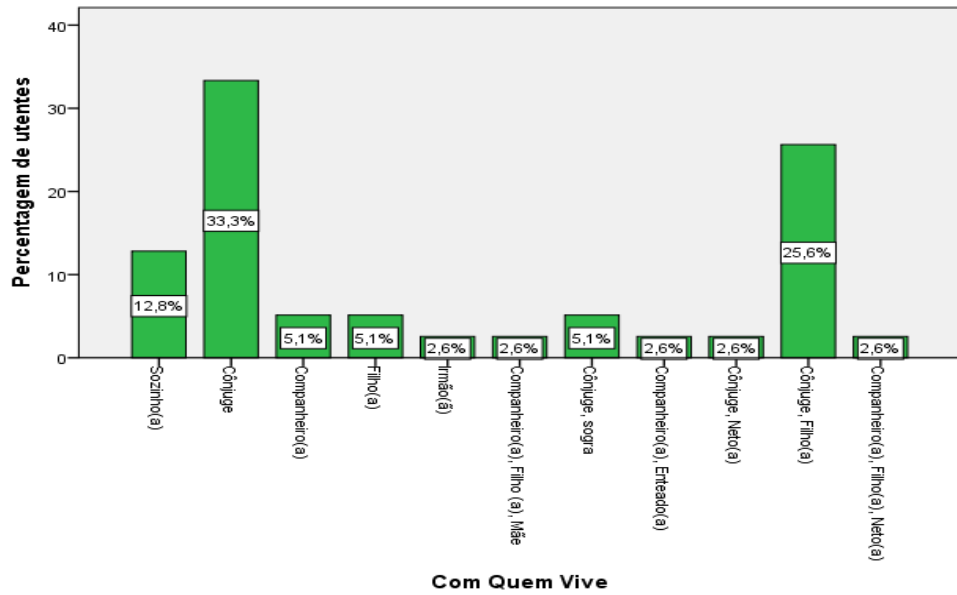


Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo com quem vive

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

Na amostra em estudo, a partir do gráfico 5, os resultados demonstraram que existem um predomínio dos utentes com o 1º ciclo (1º ao 4º ano) (41%, n=16), seguindo-se aqueles que apresentam como habilitações literárias, o 2º ciclo (15,4%, n=6) e com a mesma percentagem o 3º ciclo. O nível de ensino secundário/profissional (12º ano) e o ensino superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento), ambos apresentam uma percentagem de 10,3%, ou seja, 4 utentes. 5,1% da amostra, o que equivale a 2 utentes, são analfabetos(as) e/ou sem escolaridade e 2,6% (n=1), apesar de não ter escolaridade, sabe ler e escrever.

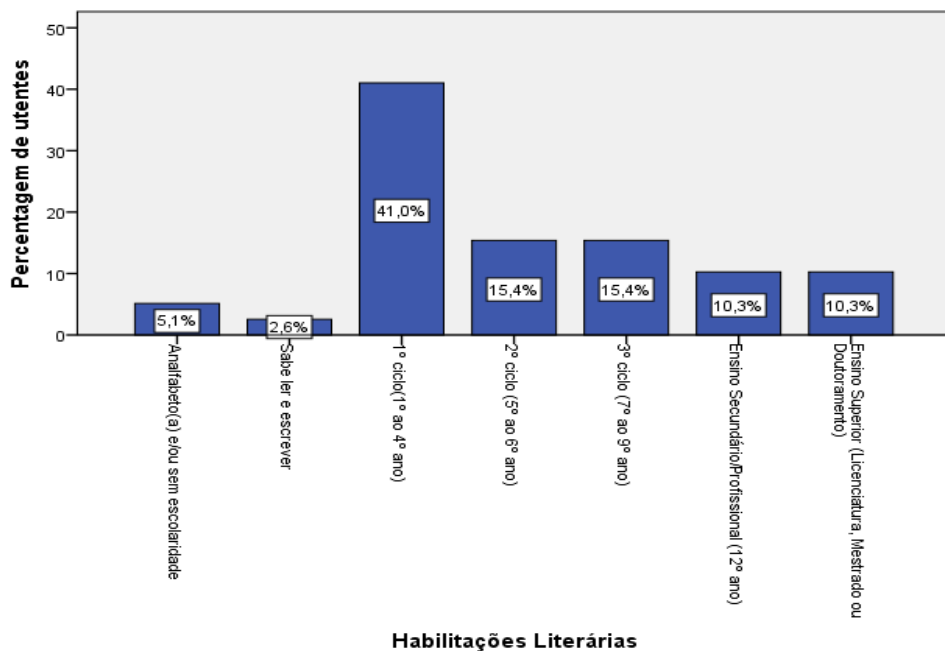


Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

Na condição face ao emprego, são prevalentes os utentes que estão reformados com 38,5% (n=15). Pode ainda verificar-se uma variedade de profissões, sendo que o trabalhador agrícola assume a segunda percentagem mais alta do gráfico, com 20,5% (n=8). As restantes profissões revelam uma percentagem de 2,6% (n=1). Os desempregados surgem com 15,4%, ou seja, 6 utentes diabéticos tipo 2 encontram-se em situação de desemprego. (Gráfico 6)

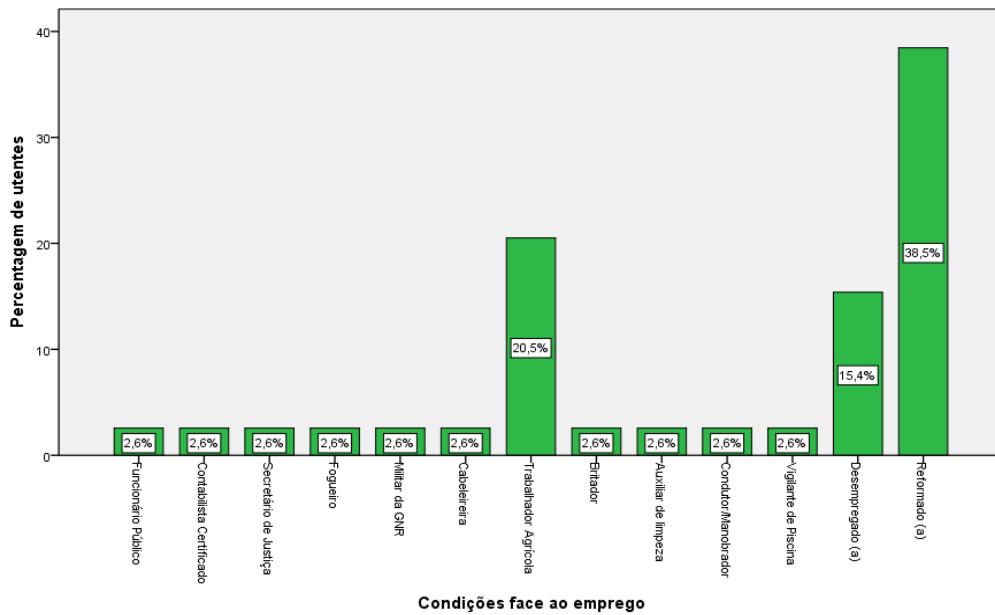


Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo a Condição face ao emprego

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

É prevalente o valor de HbA1c menor ou igual a 8,0%, onde 27 utentes apresentam este valor (69,2%), contudo uma percentagem considerável (30,8%, n=12) apresenta o valor superior a 8,0%. (Gráfico 7)

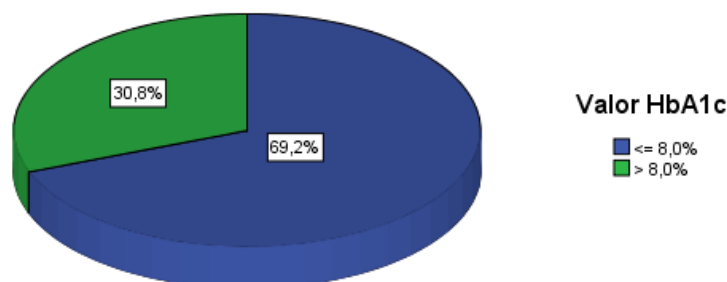


Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo o valor da HbA1c

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

### **3.3 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo**

Após a caracterização da população, é necessário contextualizar o problema de saúde e identificar as necessidades da mesma. Assim, o diagnóstico de situação, que representa a primeira etapa do planeamento em saúde, permite identificar as necessidades de saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a realização do mesmo, é essencial que se conheçam dois conceitos: problema e necessidade. Assim, um problema de saúde, de acordo com Tavares (1990:51), “corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade”, já a necessidade “exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir. Representa o necessário para remediar o problema identificado.”

Para a identificação dos problemas e das necessidades, podem ser utilizados diferentes tipos de abordagens, através de indicadores, inquéritos (que deverão designar-se por questionários) e pesquisas de consenso (Tavares, 1990).

Imperatori & Giraldes (1993:44), acrescentam que o diagnóstico deve ser “suficientemente rápido para permitir a acção em tempo útil e suficientemente aprofundado para que as medidas de solução sejam pertinentes.”

As doenças crónicas, como a diabetes e o baixo nível de literacia, são problemas já identificados em todo o mundo.

Também se verificou este facto no que se refere ao concelho de Ferreira do Alentejo. Como forma de definir a área na qual incidiria o diagnóstico de situação, foi realizada uma reunião com a equipa de enfermagem da UCC de Ferreira do Alentejo, onde ficou demonstrado que a autogestão na diabetes é uma problemática já identificada no concelho. Concomitantemente a esse facto, foi efetuada pesquisa bibliográfica que consolidou a necessidade de estudar esta problemática, incluindo o nível de literacia em saúde na diabetes e os comportamentos de autocuidado adotados pelos utentes.

WHO (2017a), define doenças crónicas como doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta, sendo uma combinação de vários fatores genéticos, ambientais, fisiológicos e comportamentais. Tendo em conta que não são doenças infecciosas ou transmissíveis, a

WHO (2017a) classifica-as como doenças não transmissíveis e refere que incluem: as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes.

Os fatores de risco que contribuem para estas doenças, são essencialmente, devido à adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como o consumo de álcool e tabaco, o sedentarismo ou maus hábitos alimentares, afetando tanto as crianças, como os adultos e os idosos (WHO, 2017a). Os fatores de risco referidos anteriormente, são definidos como modificáveis. No entanto, também existem alguns fatores de risco metabólicos que contribuem para o aparecimento destas doenças, sendo que o principal, em todo o mundo, está relacionado com a pressão arterial elevada, com uma percentagem de 19% do total de óbitos, seguindo-se o excesso de peso e a obesidade e os níveis elevados de glicose no sangue (WHO, 2017a).

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica que, de acordo com a WHO (2017b), pode-se definir como uma doença que surge quando o pâncreas não produz insulina em quantidade suficiente, ou quando essa insulina não é utilizada eficazmente pelo corpo.

Em concordância com Goldstein & Müller-Wieland (2008), existem dois subtipos principais de diabetes, sendo eles, a diabetes tipo 1, autoimune ou idiopática e a diabetes tipo 2. O primeiro subtipo apresentado, é caracterizado por uma deficiência de insulina, pelo facto de existirem lesões destrutivas das células beta pancreáticas. Esta, normalmente surge em jovens, podendo, no entanto, afetar pessoas de todas as idades. Já o segundo subtipo, diabetes tipo 2, engloba cerca de 80 a 90% dos casos de diabetes e é caracterizada por um distúrbio heterogéneo e poligénico, resultante da interação existente entre os genes de suscetibilidade e os estilos de vida/ambientais (Goldstein & Müller-Wieland, 2008).

Williams & Pickup (2006), acrescentam outros tipos específicos de diabetes, causados por algumas patologias (endocrinopatias, síndromes genéticas, doenças do pâncreas exócrino) e a diabetes gestacional (tipo de diabetes que surge durante a gravidez).

Com o passar dos anos, esta doença, pode trazer inúmeras consequências negativas, como danos ao nível do coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e nervos (WHO, 2016b).

Para uma melhoria dos níveis de saúde de uma população é imprescindível que exista a literacia em saúde (DGS, 2007).

Anteriormente, o termo Literacia, estava relacionado com a capacidade de ler, escrever, utilizar a linguagem e comunicar (DGS, 2007), contudo, ao longo dos anos, este conceito foi amplificado, sendo definido pela United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2005):

“Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objectivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”<sup>1</sup>(UNESCO, 2005:21)

Assim, segundo o Despacho nº 3618-A/2016 do MS (2016), a literacia em saúde é definida como

“a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado”.(MS, 2016:8660)

Pode ainda acrescentar-se que a literacia em saúde se relaciona com “as competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre os cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável”, como afirmam Espanha, Ávila & Mendes (2016:5). Para além dos conhecimentos, é essencial, que as pessoas, os saibam interpretar e compreender, de modo a conseguirem arranjar soluções que levem a estilos de vida mais saudáveis. Este torna-se num processo contínuo, onde constantemente, deve existir a identificação das necessidades, capacidades interpretativas e desenvolvimento das mesmas (DGS, 2007).

Como afirmam Pedro *et al* (2016), de uma forma geral, são os idosos, os doentes crónicos e aqueles que tem necessidade de tomar medicação regularmente, como é o caso dos utentes diabéticos, os mais atingidos por um nível inadequado de literacia em saúde.

Através do referido anteriormente, é possível fazer uma relação entre a literacia em saúde e a diabetes, na medida em que na diabetes, a literacia relaciona-se com o conhecimento da doença, a comunicação entre o doente e o profissional de saúde, a autoeficácia, o autocuidado, a adesão à terapêutica e o controlo da glicemia (Cavanaugh, 2011). Deste modo, é possível verificar que um nível de literacia adequado revela-se muito importante na autogestão da doença.

Perante os problemas referidos, o diagnóstico de situação permitiu identificar as necessidades da população, através da aplicação de um questionário, dividido em dimensões, que incluem diversos itens.

---

<sup>1</sup> “Literacy is the ability to identify, understand, interpret, create, communicate and compute, using printed and written materials associated with varying contexts. Literacy involves a continuum of learning in enabling individuals to achieve his or her goals, develop his or her knowledge and potential and participate fully in community and wider society.” (UNESCO, 2005:21)



No que se refere aos conhecimentos sobre a diabetes, num total de 24 questões, verificou-se, conforme apresentado no gráfico 8, que 5,1% (n=2) dos utentes respondeu corretamente a 8, 18, 19 e 21 questões, 2,6% (n=1) apresentaram respostas corretas a 11 e 12 questões, 12,8% (n=5) a 13 e 15 questões, 10,3% (n=4) a 14 questões, 15,4% (n=6) a 16 e 17 questões e 7,7% (n=3) a 20 questões.

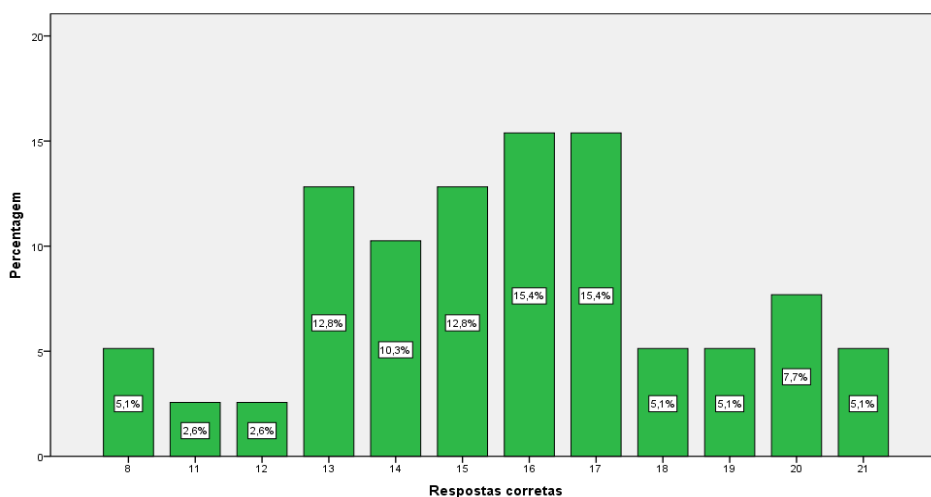


Gráfico 8 - Percentagem de utentes diabéticos tipo 2, de acordo com o número de respostas corretas, no geral

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

De acordo com o relatório de Espanha *et al* (2016), os níveis de literacia são definidos em: excelente, suficiente, problemático e inadequado. Nesta linha de pensamento, verifica-se, tal como no quadro seguinte (quadro 2), que o maior número de pessoas da amostra se enquadra no nível suficiente.

Nível de Literacia	Número de respostas corretas	Número de utentes de acordo com as respostas corretas	Percentagem de utentes de acordo com as respostas corretas
<b>Inadequado</b>	Entre 0 e 6 respostas	0	0
<b>Problemático</b>	Entre 7 e 12 respostas	4	10,3%
<b>Suficiente</b>	Entre 13 e 18 respostas	28	71,8%
<b>Excelente</b>	Mais que 18 respostas	7	17,9%

Quadro 2 - Número de utentes de acordo com o nível de literacia

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

Para além do geral do questionário, foi ainda possível verificar o nível de conhecimentos no que respeita a diversas dimensões da diabetes.

Na dimensão da doença, observou-se que a percentagem de respostas corretas foi de 58,3% (n=182). O item 1 foi aquele onde existiram menos respostas corretas (7,7%, n=3) e no item 5 foi onde existiram mais respostas corretas (97,4%, n=38).

Na dimensão das consequências da doença, constatou-se que a percentagem de conhecimentos adequados foi de 83,9% (n=229). No item 16 houve uma percentagem de 100% de respostas corretas (n=39), já no item 17 verificou-se o menor número de conhecimentos apropriados (38,5%, n=15).

No controlo da doença, a percentagem de conhecimentos adequados foi de 69,2% (n=135). O item onde existiram mais conhecimentos foi o item 18 (97,4%, n=38) e onde existiram menos foi o item 24 (28,2%, n=11).

Na última dimensão (sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia), no geral, a percentagem de conhecimentos apropriados foi de 42,3% (n=66). O item 8 foi aquele onde se revelaram maiores conhecimentos (85,6%, n=33) e no item 21 onde existiram menos respostas corretas (15,4%, n=6).

Relativamente aos comportamentos de autocuidado, no geral da escala, o total de pontos, demonstrando os comportamentos adequados é de 119 pontos. Revela-se que as percentagens mais altas são de 23,1% relacionados com um valor de comportamentos adequados entre 66 e 74 pontos e entre 90 e 111 pontos. (Quadro 3)

Número de pontos da escala	Número de utentes de acordo com os comportamentos que adotam	Percentagem de utentes
<b>54 a 64</b>	6	15,4%
<b>66 a 74</b>	9	23,1%
<b>75 a 80</b>	8	20,5%
<b>83 a 89</b>	7	17,9%
<b>90 a 111</b>	9	23,1%

Quadro 3 - Número de utentes de acordo com a adesão aos comportamentos adequados

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos questionários aplicados

Relativamente à escala de atividade de autocuidado com a diabetes, na dimensão da alimentação, a percentagem de utentes que adotam comportamentos adequados, foi de 36,8% (n=43). O item 25, relacionado com os dias em que o utente seguiu uma alimentação saudável, foi aquele onde se revelaram comportamentos mais desadequados (23,1%, n=9).

Na alimentação específica, 37,2% (n=87) dos utentes diabéticos adotaram comportamentos adequados nesta dimensão, sendo que no item 29, foi onde se revelaram os comportamentos menos adequados, com uma percentagem de 46,2% (n=18).

Na dimensão da atividade física, 14,1% (n=11) dos inquiridos referiram ter comportamentos adequados. Foi o item 35 que se revelou uma percentagem mais baixa (5,1%, n=2) em termos de adequação de comportamentos.

Na dimensão da monitorização da glicemia, os dados revelaram uma adesão de 48,7% (n=38). Quanto ao item 36, 15, 4% (n=6) dos utentes revelaram que não realizam este comportamento em nenhum dia da semana e 33,3% (n=13) em 7 dias na semana. Sobre o item 37, 5,1% (n=2) dos utentes disseram que aplicam este comportamento em 0, 2 e 5 dias na semana, 2,6% (n=1) em 1 dia, 7,7% (n=3) em 3 dias, 10,3% (n=4) em 4 dias, 64,1% (n=25) em 7 dias.

Os cuidados aos pés surgiram com uma percentagem de 83,8% (n=98). O item que revelou a maior adesão foi o item 39 com 94,9% (n=37), seguindo-se o item 40 (84,6%, n=33) e por fim, o item 38 (71,8%, n=28).

Na dimensão dos medicamentos, existiu uma percentagem de 74,4% (n=29) que cumprem este comportamento, 7 dias por semana.

Relativamente aos hábitos tabágicos, 34 utentes referiram que não fumam (87,2%) e 5 responderam que sim (12,8%).

Após o diagnóstico de situação, surge a definição de prioridades como segunda etapa da metodologia do planeamento em saúde. Esta, é condicionada pelo diagnóstico de situação e determina a etapa seguinte (definição de objetivos).

Em concordância com Imperatori & Giraldes (1993), após a identificação dos problemas de saúde, é essencial uma hierarquização dos mesmos, definindo-se prioridades.

Existem alguns aspetos inerentes à definição de prioridades, pois quando se elabora um projeto deve-se ter em conta, pelo menos, duas dimensões, sendo elas, uma relacionada com o tempo e outra com os recursos. A primeira, está relacionada com as necessidades e o facto das mesmas serem recorrentes, devendo ser satisfeitas no presente, sem descorar o futuro. Já a segunda dimensão, direciona-se para a impossibilidade de atender às necessidades de todas as

peçoas, sendo importante definir os que mais carecem deste projeto. (Imperatori & Giraldes, 1993)

No que se refere à segunda dimensão, não sendo possível abranger inicialmente todas as pessoas diagnosticadas com diabetes tipo 2, definiu-se uma população-alvo composta por utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa. Tendo em conta a diversa bibliografia encontrada, esta faixa etária é onde há maior probabilidade das pessoas ainda não sofrerem consequências graves da diabetes e poderem alterar comportamentos que previnam as mesmas.

Como definido por Imperatori & Giraldes (1993), deve-se ainda ter em consideração o horizonte do plano e a área de programação. De acordo com os mesmos autores, o horizonte do plano diz respeito ao tempo ou momento-limite para o qual se prevê a intervenção, e a área de programação leva a dirigir o pensamento para prioridades nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Neste caso, relativamente ao horizonte do plano, o projeto iniciou-se durante o período de estágio, ficando criadas condições para que o mesmo tenha continuidade num período de nove meses, através da intervenção dos enfermeiros da UCC de Ferreira do Alentejo. Em relação à área de programação, este projeto foi direcionado para os utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, residentes no concelho de Ferreira do Alentejo, englobando todas as freguesias do mesmo.

Conjuntamente aos aspetos mencionados, para que seja possível efetuar a hierarquização dos problemas/necessidades detetados anteriormente, deve recorrer-se a critérios. Estes, são muito importantes, permitindo definir a lista de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993). Os mesmos autores referem que, todos os critérios apresentam vantagens e desvantagens, por esse facto, devem ser aplicados dependendo do contexto.

Imperatori & Giraldes (1993), afirmam que através de um trabalho realizado por CENDES e Bureau Regional da OMS (Programación de la Salud, 1965), surgem três critérios: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade. A magnitude, é denominada como a “importância ou tamanho”, tratando de “caracterizar o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total de mortes.” (Imperatori & Giraldes, 1993:65). Tal como mencionado pelo INE (2018h), a mortalidade por diabetes no Baixo Alentejo, em 2016, era de 4,8% e no concelho de Ferreira do Alentejo de 3,0%. No caso específico deste projeto, a dimensão deste problema está relacionada com a percentagem de conhecimentos que cada utente possui, bem como a relação dos mesmos com o autocuidado. Verifica-se que a maioria dos utentes

inquiridos se encontra no nível de conhecimentos, suficiente, podendo condicionar a qualidade de vida dos mesmos.

A transcendência é definida como a “ importância segundo grupos etários”(Imperatori & Giraldes, 1993:65). Tal como afirmam os mesmos autores, a faixa etária escolhida, utentes em idade ativa, é considerada uma força de trabalho potencial, onde são feitos grandes investimentos e que asseguram atualmente a produção. Nesta perspetiva, e apesar da diabetes ser um problema de saúde transversal a todas as idades, o facto das pessoas em idade ativa desenvolverem complicações relacionadas com esta doença, pode trazer repercussões ao nível económico e funcional das suas famílias e da sociedade em geral.

Pode-se também referir o critério da irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências, “nestes casos seria dada maior prioridade às doenças que provocassem estas situações” (Imperatori & Giraldes, 1993:66). Posto isto, sabe-se que a diabetes pode trazer inúmeras consequências, causando frequentemente danos irreversíveis que deixam os utentes com sequelas ou deficiências para toda a vida.

Com base no descrito e de acordo com a análise e discussão dos resultados do diagnóstico de situação, definiram-se os problemas de saúde prioritários, através do critério da percentagem que apresentam de conhecimentos. Neste caso específico, os problemas foram definidos tendo em conta as percentagens mais baixas de conhecimentos em cada dimensão. Em primeiro lugar, o conhecimento demonstrado na dimensão da sintomatologia da hipoglicémia e hiperglicemia, com uma percentagem de conhecimentos adequados de 42,3%. Em segundo, surgiram os conhecimentos relativos à dimensão doença, apresentando uma percentagem de 58,3%, depois os do controlo da doença com 69,2%, e por fim, os relacionados com as consequências da mesma, onde 83,9% apresentam conhecimentos adequados.

Considerando a transversalidade e complexidade da doença, definiu-se que seriam abordadas todas as áreas identificadas, pois estão interligadas e umas influenciam as outras. Neste seguimento, tendo em conta que os conhecimentos condicionam os comportamentos, e de acordo com as percentagens que os utentes apresentam de comportamentos adequados, foram também definidas prioridades no que se refere a este último aspeto. Assim, a atividade física surgiu como aquele onde os utentes apresentaram comportamentos menos adequados, ou seja, apenas 14,1% revelaram comportamentos adequados. Segue-se a alimentação, onde 36,8% cumprem a mesma, já na alimentação específica, essa percentagem é de 37,2%. A monitorização da glicemia surge em quarto lugar, onde a percentagem de utentes que

cumprem este aspeto é de 48,7%, seguindo-se a dimensão dos medicamentos, 74,4% dos utentes aderem à medicação e por fim, os cuidados aos pés, com uma percentagem de 83,8%.

Como mencionado na diversa bibliografia encontrada, os comportamentos de autocuidado estão diretamente relacionados com os conhecimentos. Deste modo, ao abordar as temáticas identificadas, contribui-se para uma reflexão, acerca dos comportamentos de autocuidado, por parte dos participantes, ou seja, o desenvolvimento dos conhecimentos leva à promoção de comportamentos mais adequados.

### **3.4 Estudos sobre programas de intervenção com a população-alvo**

Após abordados os conceitos relacionados com o projeto, importa referir outros aspetos relevantes dos problemas identificados.

No mundo, as doenças crónicas são responsáveis por 40 milhões de mortes por ano, o que equivale a 70 % dos óbitos, sendo as doenças cardiovasculares, as responsáveis pela maior parte das mortes (17,7 milhões de pessoas por ano), seguidamente o cancro (8,8 milhões de pessoas), as doenças respiratórias (3,9 milhões de pessoas) e a diabetes (1,6 milhões de pessoas) (WHO, 2017a). Em concordância com a mesma fonte, estes quatro grupos de doenças são responsáveis por mais de 80% das mortes prematuras (WHO, 2017a).

Relativamente à UE, segundo a Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] / European Union [EU] (2016), as doenças referidas, levam à morte prematura de mais do que 550 000 pessoas por ano nos países da UE, com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos.

Na população portuguesa, as doenças que apresentam maior impacto em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura, são: doenças do aparelho circulatório (18%), neoplasias (17%), perturbações músculo-esqueléticas (15%), doenças mentais e comportamentais (10%), diabetes e outras doenças endócrinas, doenças do sangue e do aparelho urogenital (7%) (DGS, 2015a).

Relativamente à diabetes no mundo, como abordado no Global Report on Diabetes da WHO (2016b), esta doença, em 2012, causou 1,5 milhões de óbitos. Em 2015, 415 milhões de pessoas no mundo tinham diabetes e em 2040, estima-se que o valor apresentado relativo ao número de pessoas com diabetes, suba para 642 milhões (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). Globalmente, os níveis elevados de glicemia, são a causa de cerca de 7%

e 8% das mortes, em homens e mulheres entre os 20 e os 69 anos, respetivamente (WHO, 2016b).

Na Europa, existem aproximadamente 60 milhões de pessoas com diabetes (10,3% homens e 9,6% mulheres), com idade igual ou superior a 25 anos. A prevalência tem apresentado um aumento em todas as faixas etárias, afetando 10 a 15% da população, sobretudo pelo excesso de peso e obesidade, dieta inadequada e sedentarismo (WHO Regional Office for Europe, 2016). Como referido no *Delivering for Diabetes in Europe* da WHO Regional Office for Europe (2010), a diabetes surge como uma causa significativa de morte prematura nas mulheres, onde cerca de 1 em 7 mortes nas mulheres entre os 50 e os 59 anos se deve a esta doença.

Focando agora a diabetes no nosso país, no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes é referido que em 2015, a prevalência estimada na população portuguesa em idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3% (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). O relatório revela ainda que existe uma diferença significativa entre homens (15,5%) e mulheres (10,9%).

Em termos de mortalidade, na última década, tem-se apurado a existência de uma diminuição do número de anos potenciais de vida perdidos por Diabetes Mellitus. Na população com idade inferior a 70 anos, em 2014, a diabetes representou aproximadamente 8,5 anos de vida perdidos por cada óbito (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Ainda de acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016), em Portugal Continental, no ano de 2015, estavam registados na Rede de Cuidados de Saúde Primários, 846 955 utentes com diabetes, onde 55,4% eram nas UCSP e 44,6% nas USF.

É imprescindível analisar a prevalência da diabetes no Alentejo, tendo em conta que é a região onde foi realizado o estágio final. Com base nos dados do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico [INSEF] realizado em 2015, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016b), no Alentejo, a prevalência da diabetes (11,3%) é a mais alta, comparativamente com as outras regiões de Portugal Continental. (Gráfico 9)

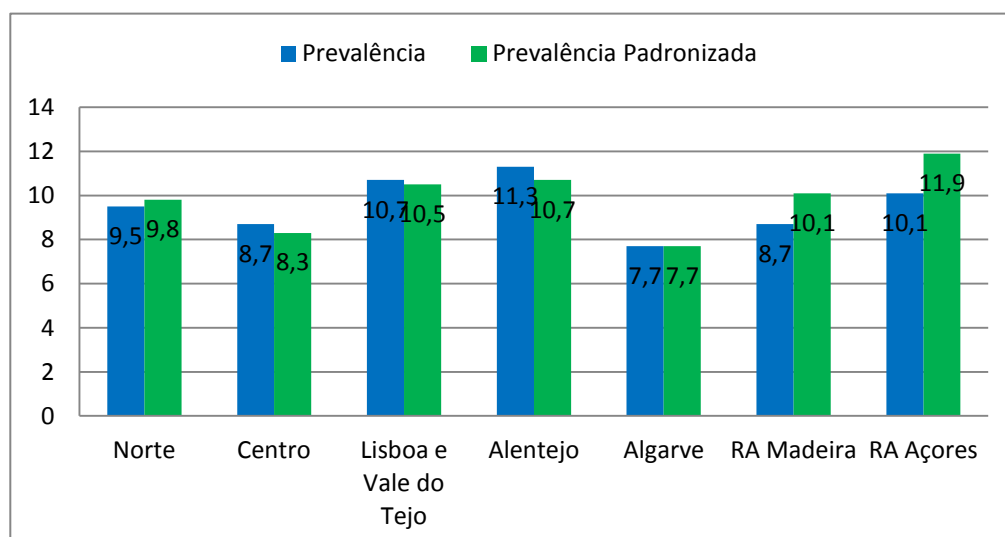


Gráfico 9 - Distribuição da prevalência (bruta e padronizada) da Diabetes Mellitus por região

Fonte: Elaborado pelo autor, através dos dados do INSEF (2015)

Nos óbitos por algumas causas de morte, o INE (2018h), demonstra que o Alentejo, Baixo Alentejo e o concelho de Ferreira do Alentejo apresentam percentagens entre os 3,0% e os 4,8%.

Estando a literacia em saúde relacionada com a diabetes em vários aspetos, como foi referido anteriormente, é importante analisar os estudos relacionados com a mesma.

No caso específico da literacia em saúde em Portugal, conforme o relatório de Espanha *et al* (2016), foi realizado um estudo acerca deste tema, focalizando-se em três domínios: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença.

No gráfico 10, que nos fornece uma visão geral da literacia em saúde nos países da Europa, verifica-se que Portugal se encontra ligeiramente abaixo da média dos países participantes.

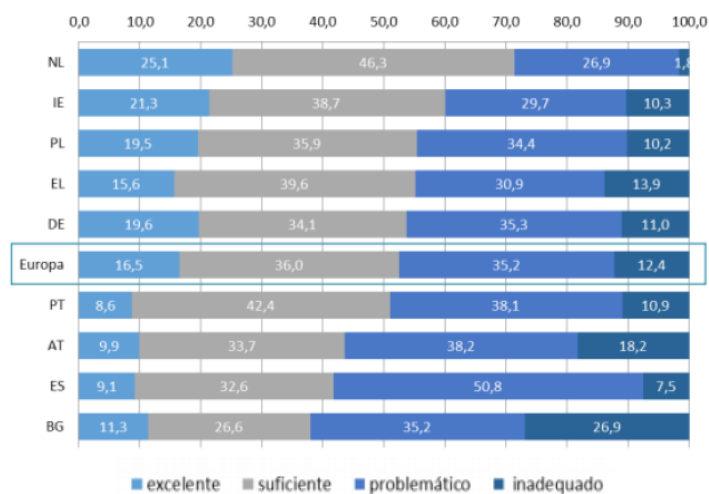




Gráfico 10 -Níveis de literacia em saúde (índice geral) em Portugal e nos países participantes (%)

Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Legenda: NL - Holanda; IE – Irlanda PL – Polónia; EL – Grécia; DE – Alemanha; PT – Portugal; AT- Áustria; ES - Espanha; BG – Bulgária

De acordo com o mesmo relatório, no que se refere aos domínios dos cuidados de saúde e prevenção da doença, Portugal encontra-se novamente abaixo da média dos países participantes da Europa. Apresenta, nos cuidados de saúde e na prevenção da doença, 45,4% e 45,5% respetivamente, de inquiridos com limitações em literacia, isto é, nos níveis inadequado e problemático. Através dos dados do relatório, é visível que a literacia em saúde no domínio da promoção da saúde, no nosso país, se encontra acima dos valores médios dos restantes países participantes, contudo, apresenta mais de 50% nos níveis problemático e inadequado.

Direcionando para a literacia em saúde por faixas etárias, o relatório de Espanha *et al* (2016), constata que dos 46 aos 55 anos e dos 56 aos 65 anos, sobressaem os níveis de literacia em saúde problemáticos e inadequados, sendo estes, conjuntamente, mais de 50% dos inquiridos, em ambos os casos. Dos 36 aos 45 anos, o nível suficiente é aquele que se destaca, no entanto essa percentagem não atinge os 50%. Nas faixas etárias inferiores, destaca-se o nível de literacia em saúde suficiente, no entanto, as percentagens do nível problemático apresentam valores consideráveis. (Gráfico 11)

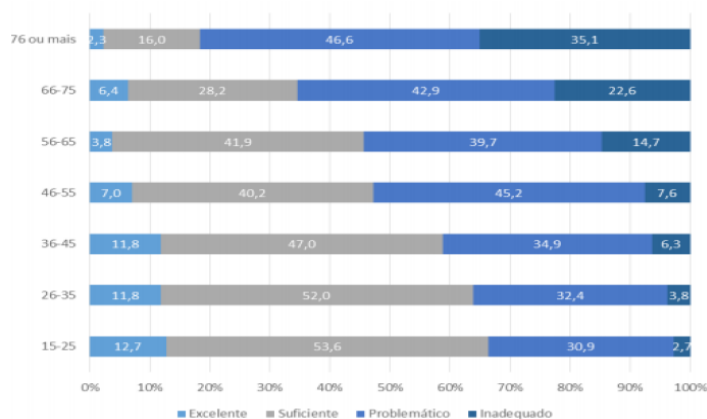


Gráfico 11 - Níveis de literacia em saúde (%) e a idade (Índice Geral)

Fonte: ILS-PT, 2014, CIES-IUL/ Fundação Calouste Gulbenkian e HLS-EU Consortium (2012).

Foram realizadas diversas pesquisas acerca do tema em estudo, e encontrados alguns estudos realizados nesta área, bem como programas de intervenção, direcionados para a literacia em saúde e os comportamentos adotados pelos utentes diabéticos.

Um estudo de Bastos em 2004 (autora da tradução das escalas utilizadas no referido projeto), dirigido à população diabética tipo 2, permitiu “identificar ganhos em conhecimentos e na adesão ao regime terapêutico, em termos de eficiência, de um programa educacional dirigido ao diabético.” (Bastos, 2004:33)

Foi definido, pela autora, um plano educacional. De acordo com as conclusões da mesma, os participantes demonstraram baixos níveis de conhecimentos inicialmente, no entanto através do plano educacional, estes aumentaram.

Gomes em 2011, realizou um estudo com o objetivo de “descrever de que modo os conhecimentos do diabético, podem estar relacionados com a presença de complicações da doença.” (Gomes, 2011:6)

Este estudo demonstrou que os níveis mais elevados de conhecimentos foram apresentados na dimensão das consequências da diabetes e que nas dimensões da doença e do controlo da mesma, foram observados maiores desconhecimentos. A autora verificou ainda, no que se refere à questão “A medicação é mais importante que a dieta e o exercício físico para controlar a diabetes”, que os participantes que já apresentavam complicações responderam corretamente, relativamente aos que nunca apresentaram.

O projeto de intervenção de Guerra em 2012, denominado de “Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2”, foi criado de modo a promover a literacia em saúde e a aquisição de competências na gestão da diabetes tipo 2. Esta, realizou um diagnóstico de situação e analisou os dados obtidos no mesmo. Para a implementação do projeto, foram realizadas sessões de educação para a saúde, atividade física e de partilha (Guerra, 2012). A autora afirma que “o projeto foi reconhecido como relevante e uma mais-valia para a obtenção de ganhos em saúde por todos os parceiros e validado por estes.” (Guerra, 2012:93)

Numa dissertação de mestrado realizada em 2017, por Freitas, foi abordado o tema da literacia em saúde e do autocuidado no adulto com diabetes tipo 2. Este revelou que, a amostra construída, aderiu mais às atividades de autocuidados relacionadas com os medicamentos, os cuidados aos pés e com a alimentação em geral. O estudo permitiu ainda que o autor confirmasse, que os utentes com maiores níveis de literacia em saúde, são também os que apresentam maior adesão ao autocuidado. A alimentação específica, o exercício físico e a monitorização da glicemia, revelaram ser os comportamentos com menor adesão. A literacia em saúde foi identificada como limitada em todos os domínios estudados. (Freitas, 2017)

#### 4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Após identificadas as necessidades de saúde da população e definidas as prioridades, surge o momento em que é necessário proceder à definição dos objetivos. Como referido por Imperatori & Giraldes (1993), esta etapa é indispensável, uma vez que só é possível proceder-se a uma quantificação e avaliação dos resultados obtidos, após uma correta definição dos objetivos.

Ainda em concordância com os mesmos autores, objetivo entende-se como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.” (Imperatori & Giraldes, 1993:79)

A pertinência deste projeto de intervenção comunitária está relacionada com o défice de conhecimentos nos utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, nos diferentes aspetos relacionados com a sua doença, o que implica a adoção de comportamentos desadequados.

Apresenta como finalidade melhorar o nível de conhecimentos da população-alvo, de modo a promover o autocuidado e melhorando a sua qualidade de vida.

Considerando a população-alvo, as suas características, os recursos disponíveis e perante as necessidades encontradas, foi possível traçar os objetivos a alcançar, num determinado intervalo de tempo, os quais serão analisados reflexivamente neste capítulo.

Perante uma análise das temáticas em estudo, nomeadamente a diabetes e a literacia em saúde e os resultados obtidos no diagnóstico de situação, verificou-se que é essencial encontrar estratégias de intervenção junto da população diabética, em idade ativa, do concelho de Ferreira do Alentejo.

De acordo com o exposto, foi determinante a definição de um objetivo geral, correspondendo o mesmo, como menciona Tavares (1990:117), “a uma determinada situação que se pretende atingir, mas é formulado de uma maneira genérica.” Deste modo, este projeto apresentou como objetivo geral:

- Promover a literacia em saúde nos utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, inscritos no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, potenciando comportamentos adequados.

Ao definir este objetivo, pretendeu-se diminuir o défice de conhecimentos existente nos diferentes contextos da doença e contribuir para a adoção de comportamentos adequados, pois a literacia em saúde relaciona-se com as pessoas diabéticas em vários aspetos, como, referido anteriormente neste relatório.

De acordo com Nunes & Sousa (2014), a literacia, a educação e a saúde apresentam uma grande ligação entre si, pois, vários investigadores referem que é através da literacia em saúde que existe uma relação entre a educação e os resultados na saúde. Para uma melhoria dos níveis de saúde de uma população é imprescindível que exista a literacia em saúde (DGS, 2007).

A literacia surge na vida das pessoas e das sociedades, sendo fundamental no desenvolvimento social e humano.

Com tudo o que foi abordado, é de extrema importância referir que os efeitos de um nível de literacia em saúde inadequado podem ser atenuados através de diferentes estratégias. Estas estratégias, programas educacionais e de gestão da diabetes que visam a promoção, assumem um papel preponderante na otimização e melhoria dos cuidados com a diabetes (Cavanaugh, 2011).

Nesta linha de pensamento, o enfermeiro é o principal responsável pela promoção da saúde, dotando os utentes de “conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas” acerca da sua saúde (OE, 2015a:10088). O enfermeiro, cria uma relação terapêutica entre o próprio e a pessoa, família ou comunidade, estabelecendo uma parceria, tendo sempre por base “quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual” que ambos possuem (OE, 2015a:10087).

No que se refere à população diabética, estando a promoção da saúde diretamente relacionada com a educação, esta surge como a colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa portadora de diabetes. Os profissionais envolvidos na promoção da saúde, tem como objetivo desenvolver programas e/ou atividades, de forma a promover a aquisição de conhecimentos e reeducar os hábitos das populações e das comunidades, que podem prejudicar a sua saúde e de terceiros.

Neste sentido e tendo por base o objetivo geral definido foi essencial definir objetivos específicos, de modo a suprimir as necessidades identificadas.

Estes objetivos pretendem relatar os aspetos do objetivo geral de forma detalhada e particularizada. Contribuem assim “para que o objetivo geral seja atingido.” (Tavares, 1990:119)

Assim, foram traçados como objetivos específicos:

- Aumentar os conhecimentos na dimensão da doença, na população-alvo;
- Amplificar os conhecimentos na dimensão das consequências da doença, na população-alvo;
- Desenvolver a aquisição de conhecimentos na dimensão do controlo da doença, na população-alvo;
- Incrementar os conhecimentos na dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicémia, na população-alvo;
- Promover a adoção de comportamentos adequados, na população-alvo;

Sabe-se que na diabetes, como em tantas outras temáticas, atendendo à sua transversalidade e complexidade, é essencial abordar todos os contextos da doença, pois estes estão interligados. Apesar da análise dos questionários, ter manifestado que existem dimensões da doença em que o desconhecimento foi maior, foram delineados estes objetivos de modo a desenvolver/adquirir conhecimentos nas diversas áreas.

Como supracitado, o nível de literacia está diretamente relacionado com os comportamentos de autocuidado, onde os conhecimentos condicionam os comportamentos. Considerando a diversa bibliografia e os dados descritos no diagnóstico de situação, nesta faixa etária (entre os 15 e os 64 anos) é onde há maior probabilidade das pessoas ainda não sofrerem consequências graves da diabetes e poderem alterar comportamentos que previnam as mesmas. Assim, o último objetivo específico delineado, vai ao encontro do descrito e permite promover a adoção de comportamentos adequados na população-alvo do projeto.

É também importante referir a definição de objetivo operacional ou meta, pois surge como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade.”(Imperatori & Giraldes ,1993:80)

Imperatori & Giraldes (1993), distinguem dois tipos de indicadores: de resultado e de atividade.

Estes autores referem que um indicador de atividade pretende “medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde.”( Imperatori & Giraldes, 1993:78)

Um indicador de resultado, pretende “medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema.” (Imperatori & Giraldes, 1993:77)

Foram assim definidas metas, indicadores de atividade e de resultado, que serão apresentados no sexto capítulo.

É possível fazer a ligação entre a definição de objetivos e a seleção de estratégias. Nesta linha de pensamento, Tavares (1990:136) afirma que “fixar objectivos consiste em definir exatamente onde se vai e a forma como lá se chega é parte integrante da selecção de estratégias (...)”.

## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Nesta fase do projeto, é importante abordar os conceitos de programa e projeto. Imperatori & Giraldes (1993:129), definem programa como “o conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia (...)”, já o projeto é definido como “uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico (...)”.

Existe uma característica fundamental que distingue ambos os conceitos, pois um programa “se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo”, enquanto o projeto “decorre num período de tempo bem delimitado.” (Imperatori e Giraldes, 1993:129)

Neste caso, estamos perante um projeto, visto este decorrer num período de tempo delimitado, ou seja, de nove meses (de outubro de 2017 a junho de 2018).

### 5.1 Metodologias

No projeto, desenvolvido na área da diabetes, foi utilizada a Metodologia do Planeamento em Saúde. Como referido por Imperatori (1990:13), o planeamento emerge “uma aplicação de lógica à tomada de decisões (...), racionalizando-as no sentido de que a transformação da realidade se processe da maneira mais eficiente.”

Tavares (1990:29), realça que planear em saúde, “é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados (...)”.

Assim, é essencial planear em saúde por seis razões, sendo elas: a escassez de recursos, a necessidade de intervir nas causas dos problemas, a definição de prioridades, para evitar intervenções isoladas, pelas infraestruturas serem caras e assim podem apoiar vários equipamentos, bem como pelos equipamentos que podem ter utilizações polivalentes (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para se planear em saúde é essencial que se conheçam as principais etapas que constituem o planeamento, apresentadas na figura 2 (Imperatori & Giraldes, 1993).

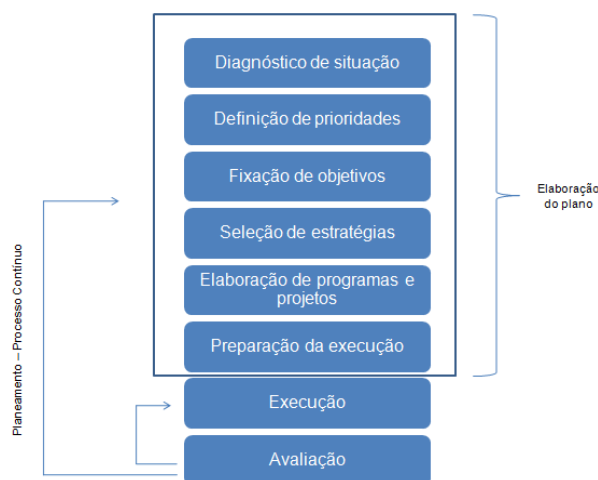


Figura 2 -Principais etapas no processo do planeamento em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado em Imperatori & Giraldes (1993)

Considerando que este é um processo contínuo e dinâmico, nunca se deve encarar uma etapa do planeamento como concluída, pois mesmo estando na fase seguinte, há sempre possibilidade de voltar atrás, recolhendo mais informações (Imperatori & Giraldes, 1993).

### 5.1.1 Instrumentos utilizados

Relativamente à recolha de dados, foi utilizado um instrumento (questionário) (Anexo I), dividido em três secções: dados sociodemográficos, Conhecimentos sobre a Diabetes e a Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes, cuja aplicação decorreu no período de 24 de maio de 2017 a 16 de junho de 2017.

O questionário é constituído, na sua maioria, por questões de resposta fechada, apresentando apenas três questões de resposta aberta (idade, com quem vive e profissão).

As estratégias utilizadas para a recolha, foram, inicialmente através de contacto telefónico com cada um dos utentes, e posteriormente, dependendo da disponibilidade dos mesmos, alguns dirigiram-se ao Centro de Saúde e uma grande parte, foi efetuada no porta a porta. A última estratégia referida, revelou-se muito importante, pois permitiu não só a recolha de dados, como também uma proximidade com a pessoa, e com o meio em que está inserida.

O preenchimento do mesmo foi efetuado individualmente. Antes da aplicação de cada questionário, cada participante foi informado do objetivo do mesmo, bem como da confidencialidade, carácter voluntário e esclarecidas todas as dúvidas existentes.



- Dados sociodemográficos

Nesta secção do questionário, foi incluída a caracterização sociodemográfica, estando incluídos os dados relativos à idade, sexo, estado civil, com quem vive, habilitações literárias, condição face ao emprego. Também é apresentada uma questão relativa ao valor da HbA1c, registado na última consulta. A forma como foi apresentado este valor ( $\leq 8,0\%$  ou  $> 8,0\%$ ) teve por base o programa informático MIMUF (2017). Em relação ao mesmo, os dados foram consultados no programa informático SClínico, disponível no Centro de Saúde.

Esta secção foi elaborada pelo autor do relatório.

- Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes

Segundo Bastos (2004), este, tem como objetivo avaliar os conhecimentos que os utentes diabéticos têm acerca da sua doença. De entre os 24 itens, estes foram divididos em 4 dimensões, tal como refere Gomes (2011:41): “doença (8 itens – 1,2,3,4,5,6,9,11), consequências da doença (7 itens – 14,15,16,17,19,20,23), controlo da doença (5 itens – 7,10,13,18,24) e sintomatologia de hipoglicémia e hiperglicemia (4 itens – 8,12,21,22)”. Tal como definido pela autora da tradução do questionário, as respostas que demonstram conhecimentos corretos adquiriram o valor de 1, enquanto as respostas com conhecimentos errados ou desconhecidos, adquiriram o valor 0. Deste modo, o questionário foi analisado tendo em conta os conhecimentos demonstrados em cada dimensão e no geral, onde se verifica que quanto maior for a pontuação obtida, maior o nível de conhecimentos, considerando-se que o valor 24 (número total de itens) equivale aos 100% de conhecimentos.

- Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes

Apresenta 7 dimensões: alimentação, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicémia, cuidados aos pés, medicamentos e hábitos tabágicos e tem como objetivo avaliar os comportamentos de autocuidado com a diabetes. De acordo com as autoras da tradução e adaptação para português (Bastos, Severo & Lopes, 2007), esta escala, está representada por dias da semana, de 0 a 7 dias e corresponde aos comportamentos adotados pelos utentes nos últimos 7 dias, onde o zero representa a situação menos desejável e conseqüentemente, sete a mais favorável. Na dimensão correspondente à alimentação

específica, os valores foram considerados inversamente, ou seja, ao 0 equivale a 7, e assim sucessivamente, pois estas variáveis pontuariam na negativa, tal como definido pelas autoras da tradução e adaptação. Logo, quanto maior a pontuação adquirida em cada dimensão, mais adequados são os comportamentos dos utentes. A dimensão dos hábitos tabágicos foi considerada separadamente às outras questões, pois está codificada de forma diferente, tal como definido por Bastos *et al* (2007).

### 5.1.2 Questões éticas

Na enfermagem, é impossível existir prestação de cuidados sem a presença da componente ética, apelando sempre aos valores humanísticos (Freitas,2013). Desta forma, segundo o artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] da OE (1998), os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos humanos e interesses dos cidadãos.

Como supracitado, numa comunidade, sendo o enfermeiro responsável pela promoção da saúde e respostas às necessidades, de acordo com o artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro, de Nunes *et al* (2005), deve: conhecer as necessidades da população e comunidade; participar na orientação da comunidade, procurando soluções para os problemas encontrados e colaborar com os restantes profissionais em programas, de modo a dar resposta às necessidades dessa comunidade.

Neste caso específico, para a elaboração deste projeto, foram tidos em conta vários princípios do Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes *et al*, 2005):

- Artigo 84º - Do dever de informação.

O enfermeiro deve: “b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo (...)” (Nunes *et al*, 2005:109). A alínea b), tem por base o direito à autodeterminação (capacidade e autonomia que os utentes têm, de decidir sobre si próprios).

No presente projeto, foi necessária a elaboração de um consentimento informado (Apêndice I), onde foi apresentado o objetivo dos questionários, salvaguardando a confidencialidade e o carácter voluntário. Foram ainda esclarecidas todas as questões/dúvidas colocadas pelos participantes.

- Artigo 85º- Do dever de sigilo.

“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional (...), assume o dever: a) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família (...); d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”. (Nunes *et al*, 2005:115)

Toda a informação recolhida, foi confidencial, aspeto que foi exposto aos participantes, bem como o facto de ser mantido o anonimato do utente. Como forma de garantir a confidencialidade dos dados recolhidos no questionário, criou-se a codificação do mesmo, atribuindo-lhe um número.

Relativamente ao local onde o projeto foi implementado, pertencendo este à ULSBA, de modo a preservar os direitos das diferentes unidades, foram obtidas as autorizações, através de correio eletrónico, dos coordenadores de cada unidade funcional (Anexo II), acerca da recolha de dados para o diagnóstico de situação e implementação do projeto de intervenção comunitária. Foi adquirida formalmente, via EDOC, a autorização do Conselho de Administração e o parecer da Comissão de Ética da ULSBA (Anexo III). Foi também obtido formalmente o parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo IV).

No que concerne aos instrumentos de colheita de dados, foi necessário efetuar um pedido de autorização, através de correio eletrónico, à autora das escalas apresentadas (Questionário de conhecimentos da Diabetes e Escala de Autocuidado com a Diabetes), a qual recebeu um parecer positivo (Anexo V), para proceder à sua aplicação.

## 5.2 Fundamentação das estratégias/intervenções

O descrito anteriormente, no capítulo da análise da população/utentes, demonstra a pertinência das temáticas identificadas. Assim, surge como essencial intervir junto da população diabética, utilizando diversas estratégias/intervenções de promoção da saúde.

A seleção de estratégias surge como parte integrante do planeamento em saúde. Através desta, define-se o modo mais adequado para reduzir os problemas identificados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os mesmos autores, consideram que com esta etapa se pretende “propor novas formas de actuação que permitam alcançar objectivos fixados e inflectir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1993:87)

Estratégia de saúde define-se, de acordo com Imperatori & Giraldes (1993:87), como “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.”

Para este projeto, foi definida como estratégia mais adequada para atingir os objetivos propostos, a Promoção da Saúde, onde se inclui a Educação para a Saúde, tendo por base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Segundo a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitar as pessoas e as comunidades, como forma de melhorarem a sua qualidade de vida e controlarem a sua saúde. Surge como “um comportamento orientado para a aquisição de um nível elevado de saúde.” (Stanhope & Lancaster, 2011:339)

Em conformidade com Stanhope & Lancaster (2011), a promoção da saúde tem como objetivo, alcançar o bem-estar físico, mental e social, utilizando medidas que visem a alteração dos estilos de vida, tanto do indivíduo, como da comunidade.

Para a promoção da saúde é necessário que exista uma intervenção efetiva na comunidade. O desenvolvimento pessoal, social e das comunidades, ocorre se existir acessibilidade contínua à informação, oportunidades de aprendizagens, educação para a saúde e reforço das competências. Com estas ações, há uma maior preparação por parte das populações, melhorando a sua saúde e o meio ambiente em que estão inseridas, bem como a realização de escolhas conscientes. (Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986)

**O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**, refere que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim um estado dinâmico. (Nursing Theory, 2016)

Segundo Victor, Lopes, & Ximenes (2005:236), este modelo “fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo (...)”. Em conformidade com os mesmos autores, permite o planeamento, intervenção e avaliação das ações e tem sido utilizado por vários investigadores, de modo a estudarem os comportamentos que conduzem à promoção da saúde, tendo por base a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas. Segundo Pender (2011), a Teoria da Aprendizagem Social refere-se à interação entre os pensamentos, comportamentos e o ambiente, onde as pessoas, para que alterem os seus comportamentos, devem modificar a forma como pensam. Já no Modelo de Avaliar Expectativas, os indivíduos envolvem-se em ações para conseguirem alcançar os objetivos vistos como alcançáveis e com resultados. (Pender, 2011)

Nola Pender utilizou no seu modelo, conceitos como saúde, ambiente, pessoa e enfermagem. O conceito de saúde relaciona-se com os aspetos individuais, familiar e comunitário, para a melhoria do bem-estar e desenvolvimento de capacidades. O ambiente, está relacionado com o que proporciona um ambiente saudável, como o resultado das relações entre o indivíduo e o acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos. A pessoa é definida como “aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas (...)” e “no seu potencial de mudar comportamentos de saúde” (Victor *et al*, 2005:238). O termo enfermagem surge diretamente relacionado com as intervenções e estratégias promovidas pelos enfermeiros de modo a desenvolver o comportamento de promoção da saúde, estimulando o autocuidado. (Victor *et al*, 2005)

Existem três grandes componentes que compõem o modelo referido, sendo elas: características e experiências individuais (comportamento anterior, aquele que deve ser modificado e fatores biológicos, psicológicos e socioculturais), sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (compreende os benefícios e as barreiras para a ação, a autoeficácia, sentimentos relacionados com o comportamento e as influências interpessoais e situacionais) e resultado do comportamento (compromisso com o plano de ação de modo a permanecer no comportamento de promoção da saúde esperado; exigências imediatas e preferências, isto é, quando se fala em comportamentos que pretendem mudanças imediatas, as pessoas apresentam pouco controlo sobre os mesmos e as suas preferências pessoais influenciam fortemente as ações de mudança; comportamento de promoção da saúde). Este modelo demonstra que as características e experiências que cada pessoa possui, influenciam as suas ações. (Victor *et al*, 2005; Nursing Theory, 2016).

De acordo com Pender (2011), através deste modelo e se trabalharem em colaboração com o utente, os enfermeiros podem auxiliá-lo na mudança de comportamentos, permitindo-lhe alcançar um estilo de vida saudável.

Por tudo o referido, é essencial capacitar as pessoas, ajudando-as na preparação para a sua vida futura, para as diferentes etapas da mesma e para enfrentarem as doenças crónicas e as suas incapacidades (Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1986).

Conforme Gaudêncio, Melo, Veríssimo & Silva (2010:20), os enfermeiros especialistas em saúde comunitária e saúde pública, “conjugam competências em planeamento em saúde com ações que visam essencialmente a protecção e promoção da saúde”, assim têm a possibilidade de criar soluções “perante a problemática das doenças crónicas, constituindo

uma mais-valia para fazer a diferença real no quotidiano dos doentes, das famílias e das comunidades.”

Em concordância com o Relatório para a UNESCO (2010), os sistemas educacionais privilegiam o acesso ao conhecimento. Deste modo, ao longo da vida, a educação organiza-se em torno de quatro aprendizagens: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.

A OE (2011a:8667), enaltece as “atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados”, realizadas pelos enfermeiros, que assumem a responsabilidade de identificar as necessidades de uma comunidade, dando continuidade aos cuidados e “estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político”.

Outro aspeto a associar à educação para a saúde, relaciona-se com a falta de motivação das pessoas no que concerne à mudança de comportamentos. Desta maneira, o enfermeiro, para educar, deve compreender a necessidade de motivar os utentes. (Stanhope & Lancaster, 2011)

Conforme os mesmos autores, existem três fatores que influenciam a motivação, sendo eles, “o componente valorativo (Porque estou a aprender isto?); o componente da expectativa (Conseguirei realizar isto?); o componente afectivo (Como me sinto perante isto?)”(Stanhope & Lancaster, 2011:323).

Perante o exposto, o enfermeiro disponibiliza estratégias para promover a motivação, como, realçar a relevância dos temas em questão, criar relações de confiança e proporcionar oportunidades para que as pessoas utilizem as suas capacidades, dando-lhes feedback positivo. (Stanhope & Lancaster, 2011)

No que se refere à área sobre a qual incide este projeto, estando a promoção da saúde diretamente relacionada com a educação, esta surge como a colaboração entre o profissional de saúde e a pessoa portadora de diabetes.

Desde o início do seu diagnóstico, é importante que o utente diabético tenha acesso à educação, para que conheça os aspetos relacionados com a sua doença, bem como a melhor forma de a controlar. Toledo, Costa e Silva (2016) defendem que a educação na diabetes surge como um processo dinâmico e contínuo de aprendizagem e adaptação. Os conhecimentos que o utente diabético adquire, devem refletir-se na mudança dos estilos de vida, melhorando a sua qualidade de vida. (Toledo *et al*, 2016).

Ferreira & Veríssimo (2008) relatam, no seu estudo, que os programas de educação para a saúde, são programas que permitem capacitar as pessoas diabéticas para o autocontrolo, promovendo a sua autonomia e desmistificando a sua doença.

Assim, esta estratégia de intervenção, permite, desenvolver programas e/ou atividades, de forma a promover a literacia em saúde na diabetes e a reeducar os hábitos das populações e das comunidades, que podem prejudicar a sua saúde.

Conjuntamente a esta estratégia mais globalizante, foram desenvolvidas outras estratégias facilitadoras na implementação do projeto. Estas não dependeram apenas dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, surgindo como essencial envolver outras entidades/instituições, de modo a dar resposta aos objetivos propostos.

Tendo em conta o descrito anteriormente, foram delineadas as seguintes estratégias:

- Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação e do projeto aos profissionais de saúde da UCC e UCSP de Ferreira do Alentejo. Esta, surgiu como essencial, uma vez que os mesmos acompanharam a realização do diagnóstico de situação e a sua integração no projeto é uma mais-valia, partilhando experiências e saberes.
- Estabelecimento de **parcerias** com diferentes entidades (Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e Juntas de Freguesia) e apresentação do projeto às mesmas. Estas parcerias permitiram mobilizar recursos já existentes na comunidade, trazendo o seu contributo para o desenvolvimento do projeto. Foram elementos essenciais no planeamento estratégico do projeto de intervenção comunitária, garantindo o sucesso do mesmo.
- Pedido de colaboração da ULSBA para o fornecimento de alguns documentos essenciais a serem providenciados nas Sessões de Educação para a Saúde.
- Divulgação do projeto através de algumas rádios, jornais, páginas da internet do Município, bem como cartazes colocados na sede e nas diversas extensões de saúde. A divulgação do projeto demonstrou um carácter relevante, pois permitiu dar a conhecer o projeto a diversas pessoas, entidades/instituições.
- Divulgação do projeto à população-alvo. Foi realizada a apresentação dos resultados e do projeto, pois sem estas pessoas não seria possível realizá-lo, sendo elas, um elemento imprescindível no mesmo.
- Criação de condições que permitiram a participação da população-alvo. Tendo em conta que o projeto é direcionado para as pessoas, de modo a melhorar a sua qualidade de vida, foi essencial a criação de condições necessárias para a sua participação no mesmo.

- Desenvolvimento de Sessões de Educação para a Saúde, programadas e dinamizadas pelo dinamizador do projeto, juntamente com outros profissionais.

### 5.3 Estratégias /intervenções acionadas

No presente subcapítulo, serão apresentadas as intervenções/atividades que foram desenvolvidas, de modo a dar resposta aos objetivos definidos.

Tavares (1990:169) refere que, de forma a clarificar cada uma das atividades, “cada actividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da actividade; se possível: o objectivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da actividade.”

Imperatori & Giraldes (1993:149), demonstram que é importante verificar “as inter-relações entre as diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das actividades.”

Imperatori & Giraldes (1993) referem ainda, que a especificação detalhada de cada uma das atividades, não é definitiva, pois pode estar sujeita a modificações ao longo do projeto. Deve assim, ser “repetida durante a vida do projeto sempre que se produzam atrasos na realização (...), modificações na política de saúde, etc.” (Imperatori & Giraldes, 1993:149)

Este plano detalhado das atividades é da responsabilidade daqueles que irão dirigir o projeto. (Imperatori & Giraldes, 1993)

De seguida são apresentadas as atividades desenvolvidas.

Inicialmente, foi criado, pela enfermeira mestranda, um logótipo (figura 3), permitindo dar visibilidade ao projeto.

Este logótipo, simboliza, primeiro que tudo a diabetes, onde a disposição das letras se encontram de acordo com o símbolo desta doença (círculo azul). De acordo com a *Fundación Grupo de Amigos de los Diabéticos* [F.G.A.D] (2014), este círculo representa a harmonia e a união, já o azul, traduz a cor do céu que nos envolve e nos une.

O coração desenhado ao centro, simboliza a vida e a saúde. Neste caso específico, quanto mais conhecimentos a pessoa adquirir acerca sua doença, melhor será a sua qualidade de vida e os seus ganhos em saúde.





Figura 3 - Logótipo do projeto de intervenção comunitária “Diabetes: mais saber, melhor viver”

Fonte: Elaborado pelo autor

Posteriormente, para a apresentação e discussão das atividades, foi realizada uma reunião com os enfermeiros da UCC de Ferreira do Alentejo, de modo a definir o tempo, espaço e recursos essenciais para a realização das mesmas.

Após a estruturação das atividades, foram realizadas, na Biblioteca do Centro de Saúde, reuniões para apresentação do projeto aos restantes profissionais do Centro de Saúde (no dia 25 de outubro de 2017) e aos parceiros (no dia 27 de outubro de 2017), de modo a apresentar o projeto, bem como as atividades que seriam desenvolvidas. Estas apresentações tiveram como objetivo primordial, obter apoio por parte dos profissionais, bem como das entidades/instituições, promovendo o envolvimento de todos no projeto. A divulgação da sessão de apresentação aos profissionais, foi realizada através dos coordenadores, médico e de enfermagem. Para a apresentação aos parceiros, foram realizados os pedidos formais (Apêndice II) necessários à implementação do projeto e elaborado um convite (Apêndice III), ambos enviados via correio.

Com os participantes procedeu-se da mesma forma, sendo também elaborado e enviado via correio, um convite para todos os utentes pertencentes à amostra, para comparecerem na reunião de apresentação dos resultados e do projeto (Apêndice IV).

Deste modo, foi realizada uma reunião com a população-alvo, para lhes dar a conhecer os resultados do diagnóstico de situação, e lhes apresentar a forma como seria desenvolvido o projeto, contando com a participação de cada um. Esta reunião, realizada no mesmo dia da 1ª Sessão de Educação para a Saúde, teve lugar na Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, momento que permitiu, em conjunto com a população-alvo, criar condições para que os mesmos tivessem possibilidade de integrar o projeto, definindo, os melhores dias e horários para a sua concretização. Nesta, foi apresentada uma proposta de planeamento das sessões seguintes (Apêndice V) e ajustada consoante a disponibilidade dos participantes.

Aos restantes utentes da amostra, que não lhes foi possível estarem presentes, foi enviado, via correio, o mesmo planeamento das sessões, permitindo assim divulgar as próximas sessões e dar-lhes oportunidade de participarem nas mesmas.

As restantes sessões do projeto, foram realizadas na Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, que apresenta condições físicas favoráveis ao desenvolvimento das mesmas, em termos de espaço e recursos materiais.

Estas sessões, foram elaboradas partindo do todo para o específico, ou seja, foi primeiro realizada uma abordagem geral dos conhecimentos acerca da diabetes, partindo posteriormente, para as sessões específicas sobre cada tema. Para todas as sessões, foi possível especificar as atividades delineadas através dos planos de sessão elaborados para cada uma delas (Apêndice VI). Nestes estão presentes os seguintes aspetos: descrição da atividade, quando, onde, como, a quem se dirige, quem dinamiza. Engloba ainda, os objetivos, as metas, indicadores, bem como os recursos necessários.

No mês de novembro, por ser considerado o mês da diabetes, incluindo o Dia Mundial da Diabetes, foi definido que seriam realizadas duas sessões.

Foram também criadas folhas de presença para todas as sessões (Apêndice VII).

Foram adquiridas para os profissionais dinamizadores do projeto e colaboradores, t-shirts representativas (Anexo VI) para que existisse unanimidade entre os elementos e identificação dos mesmos.

**Atividade nº1 – 1ª Sessão de Educação para a Saúde “A Teia da Diabetes e da Motivação” (realizada no dia 7 de novembro de 2017 - nesta foram incluídas, a apresentação dos participantes e a motivação dos mesmos)**

- Primeira parte da sessão -Apresentação dos participantes, através da dinâmica de grupo “A Teia”

Descrição da dinâmica: Todos/as se colocaram em círculo. O dinamizador (enfermeira mestranda), tinha um novelo de lã na mão e disse **“Eu sou o (nome) e um dos aspetos positivos da minha vida é...”** e de seguida atirou o novelo para um dos presentes, ficando a segurar a ponta do novelo. Essa pessoa prendeu no seu dedo o fio do novelo e voltou a repetir **“Eu sou o (nome) e um dos aspetos positivos da minha vida é...”** e atirou novamente o novelo para outra pessoa, não largando também o fio do novelo. Repetiu-se esta ação até

chegar à última pessoa presente. Neste momento, a teia estava montada. O dinamizador recordou as palavras sugeridas pelos presentes e refletiu com todos a importância de serem parte integrante da malha formada e no que pode acontecer se alguém largar o seu fio, se o puxar, etc.

A fase seguinte foi a de desmanchar a teia, fazendo todos os movimentos no sentido contrário, em que a ação a repetir foi “**Diabetes para mim é ...**” (nome de quem a seguir tem o fio na mão, permitindo desmanchar a teia).

No final, o dinamizador relembrou as palavras mencionadas por todos os presentes e a partir delas iniciou um diálogo sobre o conceito de Diabetes.

Permanecendo em círculo, o dinamizador perguntou se gostaram de participar. Aproveitou uma resposta positiva para perguntar o porquê e se mais alguém pensou o mesmo.

- Segunda parte da sessão - Motivação dos participantes, em parceria com o Psicólogo do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo

Sessão expositiva e interrogativa acerca da motivação dos participantes neste projeto e a importância que esse aspeto tem no futuro de cada um. Teve como objetivo, motivar o grupo terapêutico para a participação no projeto, demonstrando os aspetos positivos que sucediam com o mesmo.

No início desta sessão foram providenciados aos participantes blocos e crachás personalizados com a identificação do projeto e canetas (Anexo VI). Estes tiveram como intuito permitir aos participantes registar o que considerassem necessário durante a sessão e os crachás, para que utilizassem em todas as sessões, de modo a identificar a sua participação no projeto.

### **Atividade nº 2 – 2ª Sessão de Educação para a Saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” (realizada no dia 16 de novembro de 2017)**

- Primeira parte da sessão - Atividades integradas no mês da Diabetes, desenvolvidas pela ULSBA.

Todos os anos, de modo a comemorar o Dia Mundial da Diabetes, no mês de novembro, são mobilizados os utentes dos diversos Centros de Saúde pertencentes à ULSBA através dos elos de ligação, sendo promovidas diversas atividades que envolvem os utentes. Assim, como

o projeto englobou esse mês, foi realizada uma atividade prática com os utentes, em que cada um escreveu uma palavra relacionada com o seu pensamento sobre a diabetes, em papéis de diversas cores, criando um quadro expositivo com os mesmos. Foi ainda pedido, que escrevessem numa folha de papel A5, o que era para si a diabetes “Diabetes para mim é...”.

Este desafio foi também lançado aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo). Deste modo, foi criada uma exposição à entrada do Centro de Saúde, com o trabalho elaborado pelos utentes (quadro expositivo), fotografias dos mesmos na participação do projeto e com uma componente que demonstrou a diabetes, aos olhos dos profissionais de saúde e aos olhos dos utentes.

Foi pedida a devida autorização aos utentes (Apêndice VIII), através de um documento escrito, para que fossem expostas as suas fotografias.

- Segunda parte da sessão - Aspectos gerais da Diabetes.

Sessão expositiva onde foram abordados os temas essenciais relacionados com a diabetes, de modo a promover a aquisição de conhecimentos da temática em estudo.

Nesta sessão foi fornecido aos utentes um folheto informativo (Apêndice IX), acerca das temáticas abordadas, em forma de marcador de livros.

### **Atividade nº3 – 3ª Sessão de Educação para a Saúde “Saber comer para melhor viver” (realizada no dia 15 de dezembro de 2017)**

- Sessão de Educação para a Saúde sobre a alimentação, em parceria com a Nutricionista do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, com componente prática e a dinâmica do “Semáforo dos alimentos”

Sessão expositiva, interrogativa e demonstrativa, acerca da alimentação que o utente diabético deve seguir. Apresentou ainda uma componente prática, utilizando-se uma roda dos alimentos e a dinâmica do “Semáforo da Diabetes”, em que todos os utentes tinham 3 cartões (verde, amarelo e vermelho) e de acordo com as imagens apresentadas na tela, teriam que mostrar o que lhes parecia mais adequado na alimentação da pessoa diabética. Teve como objetivo, promover o aumento dos conhecimentos acerca desta temática, fomentando comportamentos adequados.

No final da sessão foram entregues a cada participante, 3 folhetos informativos acerca da temática da alimentação, fornecidos pela nutricionista e existentes na ULSBA.

**Atividade nº4 – 4ª Sessão de Educação para a Saúde “Saber para prevenir!” (realizada no dia 18 de janeiro de 2018)**

- Sessão de Educação para a Saúde sobre a sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia com visionamento de dois vídeos, autovigilância na diabetes e regime medicamentoso, com componente prática e a dinâmica do Relógio do dia-a-dia. Esta sessão contou com a colaboração do enfermeiro coordenador, na abordagem da temática do regime medicamentoso.

Sessão expositiva, interrogativa e demonstrativa acerca da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia através do visionamento de vídeos, autovigilância da diabetes e regime medicamentoso. Foi também realizada uma parte prática, onde os utentes foram instruídos acerca da autovigilância da diabetes. Esta apresentou como objetivo, incrementar a aquisição de conhecimentos acerca destas temáticas, levando posteriormente a comportamentos mais adequados.

Permitiu ainda, que os utentes praticassem a técnica da monitorização da glicemia capilar.

A dinâmica do Relógio do dia a dia (Apêndice X), continha diversas atividades e os utentes tiveram de colocá-las de modo a organizarem o seu dia. Demonstrou a necessidade que existe da pessoa com diabetes organizar o seu dia, ou seja, ter um horário para lazer, trabalho, alimentação, atividade física. Permitiu ajudar o utente a definir as suas prioridades.

Todos os participantes guardaram o registo do relógio do dia a dia realizado para que pudessem dar continuidade ao plano de prioridades que definiram. Foram ainda fornecidos 3 folhetos (Apêndice XI), acerca da hipoglicemia, hiperglicemia e vigilância da glicemia capilar.

Tendo em conta que este projeto tem continuidade para além do período de estágio, ficaram criadas as condições para a realização das outras sessões planeadas inicialmente, que serão apresentadas de seguida.

**Atividade nº 5 – 5ª Sessão de Educação para a Saúde “Á flor da pele” (a realizar no dia 16 de fevereiro de 2018)**

- Sessão de Educação para a Saúde acerca dos cuidados a ter com os pés, prevenção e tratamento de feridas, com a dinâmica do “Certo ou Errado?”

Sessão demonstrativa, que aborda os cuidados aos pés, bem como o tema da prevenção e tratamento de feridas. Tem como objetivo promover a aquisição de conhecimentos e competências nesta área, bem como gerar comportamentos adequados. Conta com uma dinâmica do “Certo ou Errado?”, onde os utentes devem mostrar o cartão verde ou vermelho, consoante as atitudes corretas e incorretas que surgem na tela.

Tendo em conta que esta será a última sessão teórico-prática do projeto, será entregue aos participantes um livro, intitulado “O livro dos passatempos” (Apêndice XII). Este apresenta todos os temas relacionados com a diabetes e abordados ao longo das diversas sessões, através de vários passatempos em papel, como por exemplo, palavras-cruzadas, sopa de letras, etc. Este tem como objetivo, reforçar os conhecimentos apreendidos anteriormente, de forma dinâmica.

Este aborda também a importância da atividade física no dia a dia da pessoa diabética, fazendo uma introdução ao tema que será abordado/praticado na última sessão do projeto.

#### **Atividade nº 6 – 6ª Sessão de Educação para a Saúde “Diabetes: mais saber, melhor viver” (a realizar no dia 23 de março de 2018)**

- Sessão de Educação para a Saúde direcionada para a prática de atividade física – aula de ginástica adaptada às características dos participantes, efetuada por um técnico dos Serviços de Desporto da Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo, onde será abordada a importância da prática de exercício físico para a população diabética. Convívio para assinalar o término do projeto.

Com a colaboração do técnico de desporto será efetuada uma aula de atividade física e serão incentivados os participantes para a prática da mesma, após o término do projeto, aproveitando os recursos existentes na comunidade. Tem como objetivos, promover a prática da atividade física, no decorrer do projeto, bem como no dia a dia de cada um.

Termina o projeto, com um convívio com todos os participantes, parceiros e restantes intervenientes, com a entrega de blusas elucidativas e certificados (Apêndice XIII).

Esta sessão será realizada no Jardim Público de Ferreira do Alentejo, se as condições meteorológicas assim o permitirem, ou então, em alternativa, no Pavilhão Municipal da mesma localidade. Opções que foram logo tidas em conta na reunião realizada com a Exma. Sra. Vereadora da Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo.

A comunicação e divulgação de um projeto de intervenção comunitária surge como um aspeto imprescindível, pois assim, as pessoas tomam conhecimento do projeto, têm acesso à informação e permite uma maior adesão ao mesmo.

Para que esta se concretize, pode-se destacar os meios de comunicação, que fornecem informação, de forma clara e concisa, ajudando a população a compreender o que se pretende, bem como incentivá-la a participar.

Como meios de divulgação (Anexo VII) foram utilizados: página da internet do Município, página do facebook do Município, Rádio Voz da Planície, Rádio Singa, página do facebook da Rádio Singa e o Jornal Diário do Alentejo. Também a Rádio Pax, após tomar conhecimento do projeto, entrou em contacto com a mestrandia para a realização de uma entrevista divulgada na rádio, bem como a publicação na sua página da internet.

Foi elaborado um cartaz (Apêndice XIV), exposto no Centro de Saúde de Ferreira e em todas as extensões de saúde, onde está incluído o logótipo desenhado para o projeto.

Durante o estágio final, foi ainda elaborado um artigo (Apêndice XV), que será posteriormente submetido para publicação. Após a publicação, este tem como objetivo demonstrar os dados obtidos no diagnóstico de situação, bem como ajudar na divulgação do projeto, para futuras aplicações do mesmo.

#### **5.4 Recursos materiais e humanos disponíveis**

Num projeto de intervenção comunitária, de forma a dar resposta aos objetivos propostos, é fundamental definir quais os recursos necessários e que devem ser envolvidos no mesmo, como os recursos humanos, materiais e financeiros. Esta ideia é reforçada por Tavares (1990), que menciona que todo o processo de planeamento depende da identificação destes recursos.

Os recursos humanos, são as pessoas que estão envolvidas na implementação do projeto, e cada uma possui a sua função e responsabilidade (Schneider & Flach, 2017). De facto, surge como essencial otimizar este tipo de recurso, pois trará benefícios no que se refere à satisfação profissional e motivação dos intervenientes no projeto (Tavares, 1990).

Os recursos materiais, são definidos como “materiais de consumo e/ou equipamentos permanentes necessários para a execução do projeto.” (Schneider & Flach, 2017:17)

Em seguida serão apresentados os recursos necessários para a concretização do presente projeto.

#### Recursos humanos:

- Utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, inscritos no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo e inseridos na amostra
- Enfermeira Mestranda
- Enfermeiro Supervisor
- Restantes Enfermeiros da UCC de Ferreira do Alentejo
- Enfermeiro Coordenador da UCC e UCSP de Ferreira do Alentejo
- Elementos da equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo (Psicólogo e Nutricionista)
- Técnico de Desporto da Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo

Para o envolvimento dos recursos humanos, foi necessário a realização dos pedidos formais, no que se refere a autorização para a recolha de dados e posterior implementação do projeto, utilização dos espaços onde o mesmo decorreu, agendamento das reuniões e diversas sessões, através de correio e/ou endereço eletrónico.

#### Recursos materiais:

- Material de escritório utilizado na elaboração dos convites, cartazes, certificados e material de leitura providenciado nas diversas sessões (folhas de papel A4 e A5, canetas, blocos, toner);
- Recursos audiovisuais: computador, impressora, fotocopadora, *datashow*, tela, *pen-drive*;
- Viaturas da UCC e UCSP de Ferreira do Alentejo;
- Produtos alimentares e material de refeição descartável;
- Glucómetros, tiras para determinação da glicémia capilar, lancetas descartáveis, compressas, luvas descartáveis, pensos rápidos e contentor de cortantes e perfurantes;
- T-shirts para os dinamizadores, colaboradores e participantes do projeto;
- Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo;
- Jardim Público de Ferreira do Alentejo/Pavilhão Municipal de Ferreira do Alentejo.



## **5.5 Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas**

Para o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, é essencial envolver diversos parceiros, tendo estes um papel determinante na concretização dos objetivos delineados e, conseqüentemente no sucesso do projeto.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, parceria define-se como a “associação ou sociedade de indivíduos que tem por fim a preservação de interesses comuns” (Porto Editora, 2018).

Os enfermeiros ao trabalharem em parceria com diversas entidades, garantem a criação de meios eficazes para o desenvolvimento de intervenções, pois existe o envolvimento ativo da comunidade e podem apoiar-se nas forças que a mesma possui. (Stanhope & Lancaster, 2011)

Assim, deve ser definida a função que cada um dos envolvidos assume no projeto, e garantir a disponibilidade de todos para a resolução de problemas que possam surgir no decorrer do mesmo.

Tal como referem Stanhope & Lancaster (2011), para que uma parceria seja considerada de sucesso, deve incluir três características, sendo elas: estar informado, flexibilidade e negociação. Posto isto, a comunidade e os profissionais devem compreender quais são os seus direitos, responsabilidades e perceções, reconhecendo as contribuições de cada um para o projeto. (Stanhope & Lancaster, 2011)

Nesta linha de pensamento, e como referido ao longo deste relatório, foram realizados diversos contactos e desenvolvidas parcerias.

Foram desenvolvidos contactos com os coordenadores de enfermagem e médico, de modo a solicitar autorização para a colheita de dados e posterior implementação do projeto.

Para que fosse possível utilizar o espaço da Biblioteca do Centro de Saúde para a realização das sessões, foi realizado contacto com o coordenador técnico, para agendamento dos dias e horários das mesmas.

Foram também desenvolvidos contactos com os enfermeiros da UCC de Ferreira do Alentejo, sendo realizada uma reunião para definir aspetos importantes da implementação do projeto. Também os restantes enfermeiros da UCSP, foram envolvidos, colaborando na divulgação do projeto junto dos utentes das equipas de saúde e motivando-os para a participação do mesmo. Relativamente aos técnicos envolvidos, como a nutricionista e o psicólogo, o contacto foi realização pessoalmente, solicitando os seus contributos para o projeto, nas Sessões de Educação para a Saúde.

No que se refere às entidades, o desenvolvimento do projeto, estabeleceu diferentes parcerias:

- Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo, na pessoa da Exma. Sra. Vereadora, para a colaboração na cedência do espaço físico para realização da última sessão, técnico de desporto, coffe-break e patrocínio nas t-shirts elucidativas do projeto, e posteriormente com a responsável do marketing, para divulgação do projeto através das redes sociais e página da internet;
- Diversas Juntas de Freguesia do Concelho (União de Juntas de Freguesia de Ferreira do Alentejo e Canhestros, Junta de Freguesia de Odivelas, Junta de Freguesia de Figueira dos Cavaleiros e União de Juntas de Freguesia de Alfundão e Peroguarda), na cedência do transporte dos participantes das diversas freguesias até à sede do Centro de Saúde;
- ULSBA, no apoio relativamente à impressão de alguns documentos providenciados aos participantes.

Para além destas parcerias, foram ainda desenvolvidos outros contactos para a divulgação do projeto, como referido anteriormente, como distintas rádios e jornais da sub-região do Baixo Alentejo.

A superfície comercial “Intermarché” da localidade também foi alvo de contacto, para que colaborasse no projeto, com o patrocínio das t-shirts para os utentes. No entanto, esta parceria não se concretizou, facto que será abordado no capítulo da “Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo”.

## **5.6 Análise da estratégia orçamental**

Como descrito no subcapítulo dos recursos materiais e humanos, também a determinação dos recursos financeiros constitui um aspeto importante do processo de planeamento. Estes, são “os valores envolvidos no pagamento dos recursos humanos e materiais, entre outros, que garantem a execução do projeto.” (Schneider & Flach, 2017:17)

A estratégia orçamental, surge como a previsão das despesas que serão necessárias na concretização do projeto, garantindo a sustentabilidade do mesmo e permitindo um melhor controlo dos custos. (Schneider & Flach, 2017)

As intervenções delineadas, contaram com o apoio de entidades e parceiros, ficando algumas despesas a cargo dos mesmos, nomeadamente os materiais necessários para a última sessão (produtos alimentares e material descartável para o coffe-break, t-shirts para os participantes) e os transportes disponibilizados aos utentes.

Relativamente aos documentos e outros materiais disponibilizados aos utentes em cada sessão, ficaram a cargo da enfermeira mestranda e alguns, da ULSBA.

Será apresentada a estimativa de custos (Apêndice XVI) associada a este projeto de intervenção comunitária.

## **5.7 Cumprimento do cronograma**

Como relatado por Imperatori & Giraldes (1993:154), o cronograma, apresenta “duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo (dias, meses, etc.) e nas ordenadas as actividades que formam o projecto.”

Como contributo para o projeto, o cronograma possibilita a visualização das diversas atividades, apresentando a distribuição das tarefas pelos diferentes períodos. (Imperatori & Giraldes, 1993)

Esta ideia é reforçada por (Schneider & Flach, 2017), referindo que o cronograma auxilia na organização do projeto, permitindo verificar mais facilmente todas as etapas a realizar no desenvolvimento do projeto. Este, surge como fundamental para efetivar as atividades no tempo previsto. (Schneider & Flach, 2017)

Foi elaborado um cronograma das atividades (quadro 4) para o presente projeto. Considera-se que este foi cumprido integralmente, até a fase de término do estágio final, isto é, até janeiro de 2018.

No que se refere ao plano das atividades para datas posteriores, ficaram criadas todas as condições para que o mesmo fosse realizado com sucesso, ou seja, todos os aspetos relacionados com as Sessões de Educação para a Saúde ficaram planeados, como as dinâmicas a realizar em cada uma, documentos a serem entregues no final e as avaliações das sessões. Também as parcerias foram mantidas de modo a darem continuidade ao transporte dos utentes para as sessões seguintes, disponibilização do técnico de desporto, patrocínio para as t-shirts e coffe-break final. Os certificados, bem como todos os aspetos relativos aos mesmos, foram elaborados para serem entregues no término do projeto.

Ficou ainda preparada a avaliação final do projeto.

Atividades/Intervenções	maio 2017	junho 2017	outubro 2017	novembro 2017	dezembro 2017	janeiro 2018	fevereiro 2018	março 2018	junho 2018
Pesquisa Bibliográfica									
Diagnóstico de Situação									
Divulgação dos resultados aos profissionais de saúde do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo									
Divulgação dos resultados e apresentação do projeto aos parceiros									
Divulgação dos resultados e apresentação do projeto à população-alvo									
Divulgação do projeto (Cartazes, Convites, Rádio e Jornal)									
1ª Sessão de Educação para a Saúde									
2ª Sessão de Educação para a Saúde									
3ª Sessão de Educação para a Saúde									
4ª Sessão de Educação para a Saúde									
5ª Sessão de Educação para a Saúde									
6ª Sessão de Educação para a Saúde									
Avaliação intermédia do projeto									
Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde									
Avaliação da aquisição de conhecimentos									
Avaliação da adesão a comportamentos adequados									
Avaliação final do projeto									
Elaboração do Relatório Final de Estágio									

Quadro 4 - Cronograma de atividades

Fonte: Elaborado pelo autor

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Na última fase do projeto, irá proceder-se à avaliação do mesmo. Avaliação é a “apreciação dos efeitos de uma actividade organizada ou programa”. (Stanhope & Lancaster, 2011:381)

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), uma avaliação tem como objetivo utilizar a experiência para que sejam melhoradas as atividades realizadas, planificando de forma mais eficaz.

Esta etapa, esta relacionada com o diagnóstico de situação e apresenta como finalidade: “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência” (Imperatori & Giraldes, 1993:174)

A avaliação do presente projeto consiste em 3 fases. Primeiramente, foi realizada uma avaliação no final de cada sessão de educação para a saúde, tendo em conta o número de participantes, os conhecimentos adquiridos e a utilidade para o seu dia a dia.

Posteriormente, foi realizada uma avaliação intermédia do projeto, que teve lugar no mês de janeiro de 2018.

Por fim, será realizada uma avaliação do projeto, verificando-se os conhecimentos adquiridos (março de 2018), bem como a adesão a comportamentos adequados (junho de 2018). A avaliação dos comportamentos, será realizada numa fase posterior, considerando que, como afirma Esteves (2016), o processo de transformação referente ao comportamento, exige mais tempo e dedicação e também deve ser realizado após a aquisição de conhecimentos e competências. O mesmo autor confirma que “o comportamento envolve hábitos, crenças sobre si”.

Assim, para que fosse possível a avaliação, foram definidos indicadores, com vista a verificar se os objetivos foram atingidos. Como referido, numa fase anterior do relatório, existem dois tipos de indicadores: indicadores de atividade e de resultado.

Os indicadores relativos às primeiras duas fases da avaliação, serão definidos e desenvolvidos nos dois subcapítulos que se seguem. Para a avaliação final, foram definidos os seguintes indicadores:

<b>Meta</b>	<b>Indicador de Resultado</b>
Que 50 % da população-alvo adquira conhecimentos acerca da dimensão da doença, até ao final de março de 2018	Nº de utentes que adquiriram conhecimentos acerca da dimensão da doença / Nº total de utentes participantes X 100

Quadro 5 - Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão da doença

Fonte: Elaborado pelo autor

<b>Meta</b>	<b>Indicador de Resultado</b>
Que 50 % da população-alvo adquira conhecimentos acerca da dimensão do controlo da doença, até ao final de março de 2018	Nº de utentes que adquiriram conhecimentos acerca da dimensão do controlo da doença / Nº total de utentes participantes X 100

Quadro 6- Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão do controlo da doença

Fonte: Elaborado pelo autor

<b>Meta</b>	<b>Indicador de Resultado</b>
Que 50 % da população-alvo adquira conhecimentos acerca da dimensão das consequências da doença, até ao final de março de 2018	Nº de utentes que adquiriram conhecimentos acerca da dimensão das consequências da doença / Nº total de utentes participantes X 100

Quadro 7- Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão das consequências da doença

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado
Que 50 % da população-alvo adquira conhecimentos acerca da dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia, até ao final de março de 2018	Nº de utentes que adquiriram conhecimentos acerca da dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia / Nº total de utentes participantes X 100

Quadro 8- Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos à dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado
Que 50 % da população-alvo adote comportamentos adequados, até ao final de junho de 2018	Nº de utentes que modificaram pelo menos um comportamento / Nº total de utentes participantes X 100

Quadro 9 - Meta e indicador de resultado para a avaliação final do projeto, relativos aos comportamentos de autocuidado

Fonte: Elaborado pelo autor

## 6.1 Avaliação dos objetivos

Para o presente projeto, como já mencionado no capítulo da análise reflexiva dos objetivos, foi traçado um objetivo geral e cinco específicos. Pretende-se assim, neste subcapítulo, fazer uma avaliação dos objetivos delineados, permitindo verificar se as estratégias e intervenções desenvolvidas foram ao encontro dos mesmos.

Em conformidade com a análise realizada, no que se refere aos primeiros quatro objetivos específicos, considera-se que todos foram atingidos. Neste sentido, embora uma das dimensões não tenha apresentado um aumento muito significativo, facto explicado posteriormente, ficou demonstrado que houve um aumento de conhecimentos em todas as dimensões.

Direcionando para o último objetivo específico, considera-se também que o mesmo foi alcançado. Ao longo de todas as sessões, através dos conhecimentos transmitidos, foram traba-

lhados os comportamentos, pois estes, apesar de não se adquirirem ao mesmo tempo, estão diretamente relacionados, ou seja, os conhecimentos condicionam os comportamentos.

Em concordância com o descrito, considera-se parcialmente alcançado o objetivo geral do projeto: *“Promover a literacia em saúde nos utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, inscritos no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, potenciando comportamentos adequados.”*

É possível verificar, neste momento da implementação do projeto, que o mesmo permitiu aumentar os conhecimentos dos utentes diabéticos em idade ativa, ou seja, possibilitou a promoção da literacia em saúde. Já o “potenciar comportamentos adequados”, tendo em conta que o potenciar inclui o reforçar e o aumentar, considera-se que durante as sessões foi reforçada a importância de adotar comportamentos adequados. O aumentar, será um aspeto a ser analisado na avaliação final deste projeto, com a aplicação do questionário do autocuidado na diabetes.

## **6.2 Avaliação da implementação do projeto**

As necessidades identificadas no diagnóstico de situação demonstraram a pertinência da implementação deste projeto de intervenção comunitária. Pode assim dizer-se que o mesmo, foi ao encontro dessas necessidades e revelou um impacto positivo junto da população diabética e intervenientes.

Em primeiro lugar, é importante referir que este projeto, foi desde o início bem aceite por toda a equipa multidisciplinar do Centro de Saúde. Os coordenadores, médico e de enfermagem, revelaram interesse no mesmo, dando rapidamente uma resposta positiva para a realização da colheita de dados e posterior implementação do projeto, e demonstrando a sua disponibilidade perante os diversos aspetos do projeto.

Destaca-se também a disponibilidade e envolvimento dos restantes profissionais de saúde, bem como assistentes operacionais e técnicos, contribuindo positivamente para os diversos aspetos deste projeto. Especificando para o grupo profissional de enfermagem, o envolvimento dos mesmos, principalmente no que se refere ao diagnóstico de situação e divulgação do projeto, revelou-se essencial por serem vistos pela população-alvo como elementos de confiança relativamente à sua saúde.

No que se refere à ULSBA, sendo esta a entidade responsável pelo Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, foi necessário realizar um pedido de autorização. Os seus representantes, Conselho de Administração e conseqüentemente a Comissão de Ética, enviaram o seu parecer



positivo, com brevidade, revelando-se um aspecto imprescindível para o desenvolver do diagnóstico de situação e projeto.

Os parceiros surgiram como um elemento-chave. Todos se demonstraram muito receptivos em colaborarem no projeto, disponibilizando os seus meios para facilitar a concretização do mesmo.

Perante o descrito, é possível perceber que não foi colocado qualquer tipo de entrave, aspecto indispensável ao desenvolvimento deste projeto.

Até ao momento, o mesmo tem-se revelado benéfico para os utentes, sendo avaliado pelos mesmos positivamente, mas também tem sido uma mais-valia para todos os profissionais e parceiros envolvidos, permitindo a partilha de experiências e saberes.

Primeiramente, surge como necessário verificar, através de um indicador de atividade, o número de profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogo e nutricionista) e parceiros presentes nas reuniões de divulgação dos resultados e apresentação do projeto.

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 60% dos profissionais de saúde participem na reunião de divulgação dos resultados e apresentação do projeto	Nº de profissionais de saúde presentes na reunião de divulgação dos resultados e apresentação do projeto/ Nº total de profissionais de saúde convocados X 100	$11 / 18 \times 100 = 61,1\%$

Quadro 10 - Avaliação do número de profissionais de saúde presentes na reunião, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 60% dos parceiros participem na reunião de divulgação dos resultados e apresentação do projeto	Nº de parceiros presentes na reunião de divulgação dos resultados e apresentação do projeto/ Nº total de parceiros convocados X 100	$4 / 5 \times 100 = 80\%$

Quadro 11 - Avaliação do número de parceiros presentes na reunião, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

A sessão realizada com os utentes relativamente à divulgação dos resultados do diagnóstico de situação e apresentação do projeto, também foi avaliada por um indicador de atividade, ou seja:

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 33% da população-alvo participe na sessão de divulgação dos resultados e apresentação do projeto	Nº de utentes da população-alvo que participaram na sessão de divulgação dos resultados e apresentação do projeto / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100	14 / 39 X100 = 35,9%

Quadro 12 - Avaliação do número de utentes presentes na reunião, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com o apresentado, verifica-se que as 3 metas foram alcançadas, superando os 60% definidos inicialmente, no caso dos profissionais de saúde e parceiros, e os 33%, nos utentes.

Para além destes aspetos, perante a avaliação das sessões em termos de conhecimentos, número de presentes nas sessões de educação para a saúde e apreciação dos participantes acerca da utilidade das mesmas, é possível também avaliar a implementação do projeto.

- Atividade nº 1 - 1ª Sessão de Educação para a Saúde

Sendo a sessão de apresentação dos participantes e acerca da motivação dos mesmos para o projeto, esta foi apenas avaliada de acordo com o número de utentes presentes.

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100	14 / 39 X100 = 35,9%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 13 - Avaliação do número de utentes presentes na 1ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

- 2ª Sessão de Educação para a Saúde

Avaliação do número de participantes na sessão:

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100	14 / 39 X100 = 35,9%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 14 -Avaliação do número de utentes presentes na 2ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

O questionário relativo à avaliação dos conhecimentos nesta sessão (Apêndice XVII), foi composto por 9 perguntas, de resposta fechada – Sim e Não.

A análise dos mesmos revelou, como se observa no gráfico 12, que 78,6% dos utentes responderam corretamente a todas as questões, 14,3% respondeu corretamente a 8 questões e 7,1% respondeu corretamente a 7 questões.

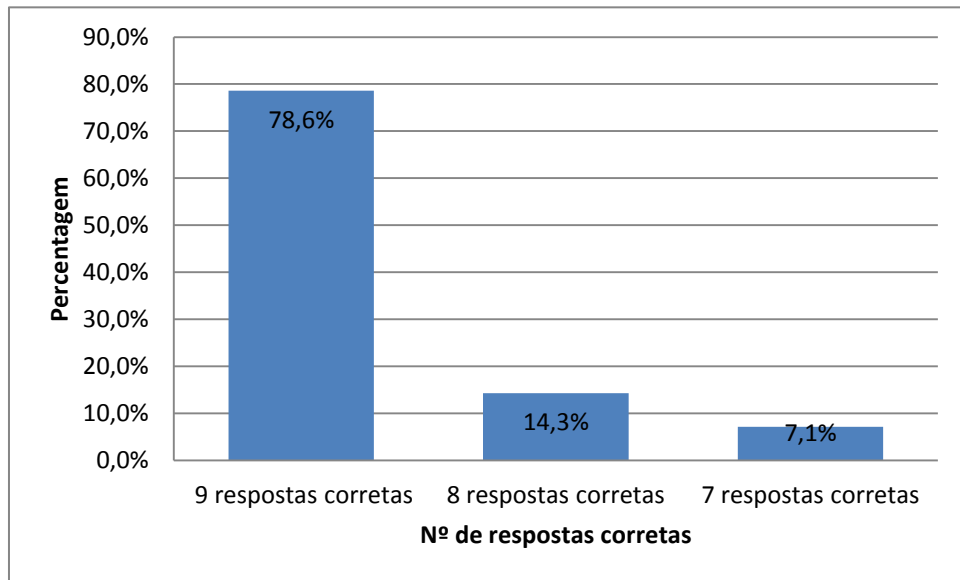


Gráfico 12 - Percentagem de utentes que responderam corretamente às questões na 2ª Sessão de Educação para a Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Assim, de acordo com o indicador de resultado definido, constata-se que todos os utentes, ou seja, 100%, responderam corretamente a 9, 8 e 7 questões (mais de metade das questões apresentadas), revelando que houve aquisição de conhecimentos.

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que 50% da população-alvo presente na 2ª sessão de educação para saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”, adquira conhecimentos acerca da dimensão da doença	Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”/ Nº total de utentes presentes na 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” X 100%	14/ 14 X100 = 100%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 15 - Avaliação do número de utentes com respostas corretas na 2ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

No que se refere à utilidade da sessão, sendo apresentada a questão: “Considera que a sessão foi útil para o seu dia a dia?”, verifica-se, no gráfico 13, que 78,6% dos presentes consideraram a sessão muito útil e 21,4%, útil.

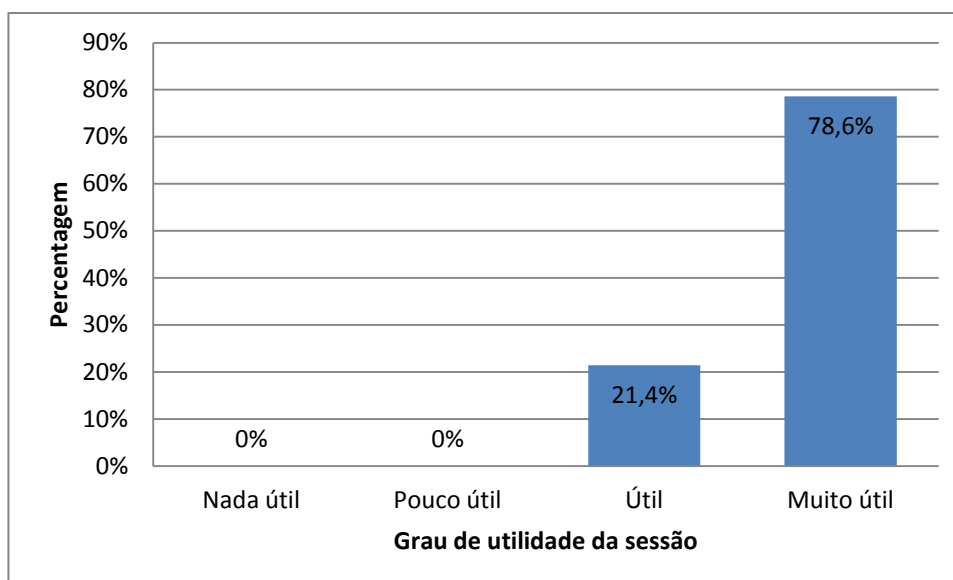


Gráfico 13 -Avaliação do número de utentes de acordo com o grau de utilidade da 2ª Sessão para o seu dia a dia

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que 50% da população-alvo presente na 2ª sessão de educação para saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia	Nº de utentes que consideraram que a 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”, foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” X 100%	14/ 14 X100 = 100%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 16 -Avaliação do número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 2ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

- 3ª Sessão de Educação para a Saúde

Avaliação do número de participantes na sessão:

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100	14 / 39 X100 = 35,9%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 17 - Avaliação do número de utentes presentes na 3ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

O questionário relativo à avaliação dos conhecimentos nesta sessão (Apêndice XVII), foi composto por 4 questões de escolha múltipla.

Após analisados os questionários, observou-se, que 64,3% dos utentes responderam corretamente a todas as questões, 28,6% respondeu corretamente a 3 questões e 7,1% respondeu corretamente a 2 questões. (Gráfico 14)

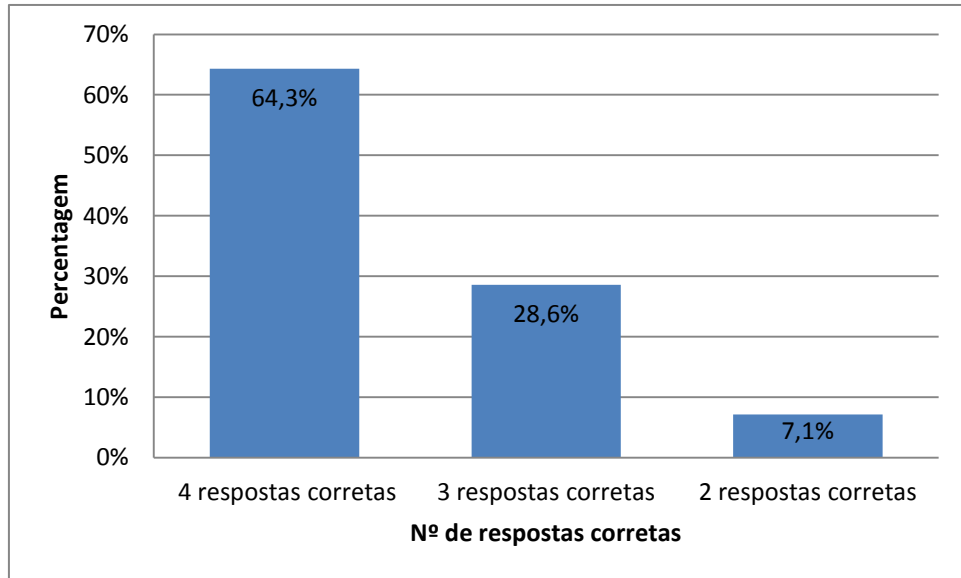


Gráfico 14 - Percentagem de utentes que responderam corretamente às questões na 3ª Sessão de Educação para a Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que 50% da população-alvo presente na 3ª sessão de educação para saúde “Saber comer para melhor viver”, adquira conhecimentos acerca da dimensão do controlo da doença	Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 3ª sessão de educação para a saúde “Saber comer para melhor viver”/ Nº total de utentes presentes na 3ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” X 100%	$13 / 14 \times 100 = 92,9\%$ , verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 18- Avaliação do número de utentes com respostas corretas na 3ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

Relativamente à utilidade da sessão, sendo apresentada a questão: “Considera que a sessão foi útil para o seu dia a dia?”, verifica-se, no gráfico 15, que 71,4% dos presentes consideraram a sessão muito útil e 28,6%, útil.(Gráfico 15)

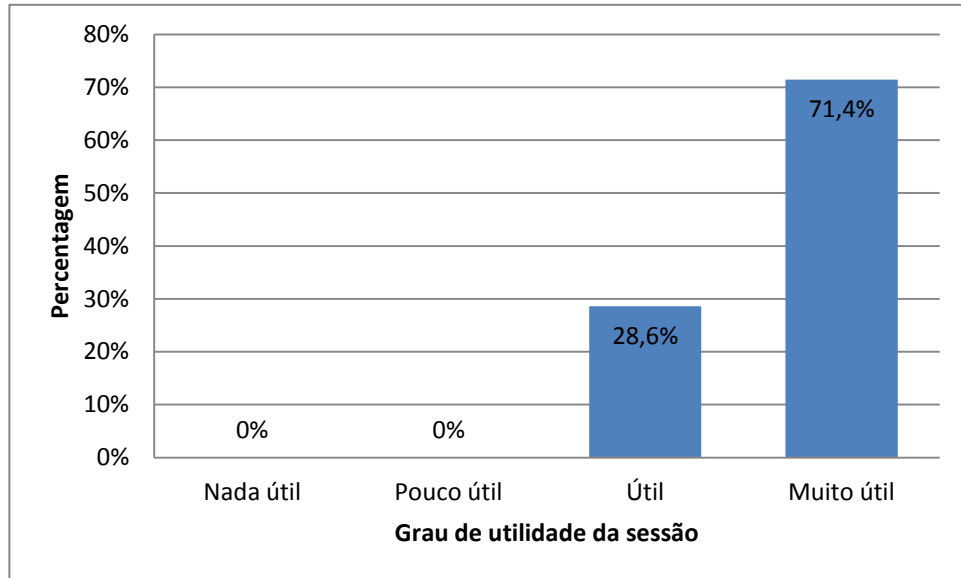


Gráfico 15- Avaliação do número de utentes de acordo com o grau de utilidade da 3ª Sessão para o seu dia a dia

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que 50% da população-alvo presente na 3ª sessão de educação para saúde “Saber comer para melhor viver”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia	Nº de utentes que consideraram que a 3ª sessão de educação para a saúde “Saber comer para melhor viver”, foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 3ª sessão de educação para a saúde “Saber comer para melhor viver” X 100%	14/ 14 X100 = 100%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 19- Avaliação do número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 3ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

- 4ª Sessão de Educação para a Saúde

Avaliação do número de participantes na sessão:

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100	13 / 39 X100 = 33 %, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 20 - Avaliação do número de utentes presentes na 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

O questionário relativo à avaliação dos conhecimentos nesta sessão (Apêndice XVII), foi composto por uma Checklist de 10 questões de resposta fechada – Sim e Não.

Após analisados os questionários, observou-se, que 92,3% dos utentes responderam corretamente a todas as questões e 7,7% responderam corretamente a 7 questões. (Gráfico 16)

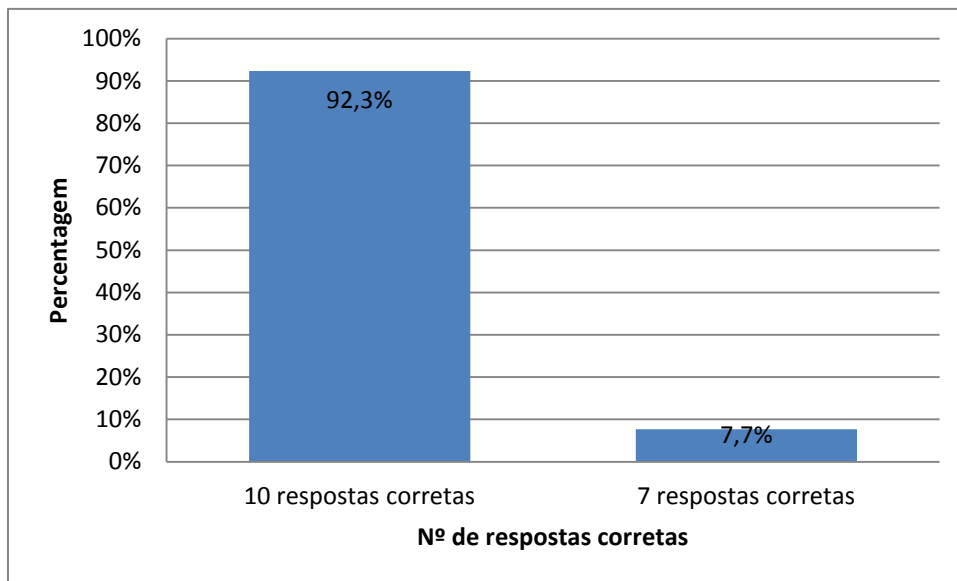


Gráfico 16-Percentagem de utentes que responderam corretamente às questões na 4ª Sessão de Educação para a Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor



Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que 50 % da população-alvo presente na 4ª sessão adquira conhecimentos acerca da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia	Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” / Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” X 100%	13/ 13 X100 = 100%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 21- Avaliação do número de utentes com respostas corretas na 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

No decorrer desta sessão, foram ainda avaliados os conhecimentos teórico-práticos acerca da monitorização da glicémia capilar, isto porque, para além de ser um comportamento e este só ser adquirido após os conhecimentos, este é instruído à população diabética desde o diagnóstico da sua doença. Deste modo, surgiu como pertinente avaliá-lo neste momento, através da observação.

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que 50 % da população-alvo presente adquira conhecimentos teórico-práticos acerca da monitorização da glicémia capilar	Nº de utentes que demonstraram conhecimentos teórico-práticos na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” / Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” X 100%	13/ 13 X100 = 100%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 22- Avaliação do número de utentes que adquiriram conhecimentos acerca da monitorização da glicémia capilar na 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

Atendendo à utilidade da sessão para o dia a dia dos utentes diabéticos presentes, verifica-se que todos os utentes consideraram a sessão muito útil. (Gráfico 17)

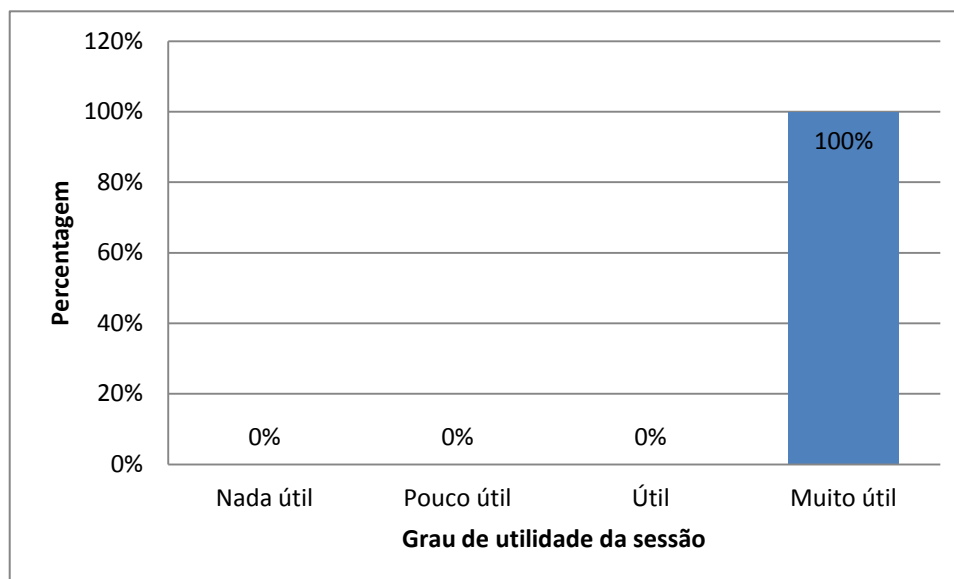


Gráfico 17- Avaliação do número de utentes de acordo com o grau de utilidade da 4ª Sessão para o seu dia a dia

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que 50% da população-alvo presente na 4ª sessão de educação para saúde “Saber para prevenir!”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia	Nº de utentes que consideraram que a 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!”, foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir” X 100%	13/ 13 X100 = 100%, verifica-se que a meta foi atingida

Quadro 23-Avaliação do número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 4ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

Na continuidade do projeto, também a 5ª Sessão de Educação para a Saúde será avaliada da mesma forma, ou seja, através de um indicador de atividade relacionado com o número de presentes, um indicador de resultado tendo em conta os conhecimentos adquiridos e um

indicador de resultado de acordo com a utilidade para o dia a dia. Estes serão apresentados de seguida.

<b>Meta</b>	<b>Indicador de Atividade</b>
Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100

Quadro 24- Meta e indicador de atividade relativos ao número de utentes presentes na 5ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

A avaliação dos conhecimentos será realizada através do questionário com o “Certo ou Errado” (Apêndice XVII), composto por 10 questões de resposta fechada – Certo e Errado.

<b>Meta</b>	<b>Indicador de Resultado</b>
Que 50 % da população-alvo presente na 5ª sessão adquira conhecimentos acerca dimensão das consequências da doença	Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 5ª sessão de educação para a saúde “À flor da pele” / Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “À flor da pele” X 100%

Quadro 25– Meta e indicador de resultado acerca da aquisição de conhecimentos na 5ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

<b>Meta</b>	<b>Indicador de Resultado</b>
Que 50% da população-alvo presente na 5ª sessão de educação para saúde “À flor da pele”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia	Nº de utentes que consideraram que a 5ª sessão de educação para a saúde “À flor da pele” foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir” X 100%

Quadro 26 – Meta e indicador de resultado de acordo com o número de utentes que consideraram útil ou muito útil a 5ª sessão de educação para a saúde, de acordo com os presentes

Fonte: Elaborado pelo autor

Já a 6ª sessão e última do projeto, tendo em conta que será uma sessão prática, será avaliada através de um indicador de atividade, ou seja:

Meta	Indicador de Atividade
Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100

Quadro 27 – Meta e indicador de atividade relativos ao número de utentes presentes na 6ª Sessão de Educação para a Saúde, de acordo com os convocados

Fonte: Elaborado pelo autor

Avaliando a participação dos utentes nas sessões anteriores, bem como a efetiva aquisição de conhecimentos, considera-se que também estas sessões serão concretizadas com sucesso.

### 6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Durante o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária “Diabetes: mais saber, melhor viver”, foram sendo realizadas avaliações periódicas, de modo a verificar se as estratégias implementadas estavam a permitir obter resultados positivos.

A avaliação intermédia deste projeto, foi realizada até ao final do mês de janeiro de 2018, ou seja, o último mês de estágio. Teve por base 4 aspetos, sendo eles, número de reuniões planeadas e concretizadas, número de sessões de educação para a saúde planeadas e realizadas, a aplicação de questionários, avaliando o nível de conhecimentos e o comportamento que foi possível avaliar até ao momento, ou seja, a monitorização da glicémia capilar.

De acordo com o cronograma definido inicialmente, até ao mês de janeiro de 2018, previam-se que fossem realizadas 3 reuniões com os profissionais de saúde, parceiros e população-alvo e 4 sessões de educação para a saúde.

Para que fosse possível avaliar este aspeto, foi utilizado um indicador de atividade para as reuniões e outro para as sessões de educação para a saúde.

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 100% das reuniões de divulgação de resultados e apresentação do projeto planeadas até janeiro de 2018, sejam realizadas	Nº de reuniões de divulgação de resultados e apresentação do projeto realizadas até janeiro de 2018 / Nº de reuniões planeadas até janeiro de 2018 X 100	$3 / 3 \times 100 = 100\%$

Quadro 28– Avaliação intermédia de acordo com o número de reuniões planeadas e concretizadas

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Atividade	Avaliação
Que 100% das sessões de educação para a saúde planeadas até janeiro de 2018, sejam realizadas	Nº de sessões realizadas até janeiro de 2018 / Nº de sessões planeadas até janeiro de 2018 X 100	$4 / 4 \times 100 = 100\%$

Quadro 29– Avaliação intermédia de acordo com o número de sessões de educação para a saúde planeadas e concretizadas

Fonte: Elaborado pelo autor

Em ambas as situações apresentadas, é possível verificar que as metas foram alcançadas na totalidade, ou seja, todas as reuniões e sessões de educação para a saúde planeadas até ao mês de janeiro de 2018, foram realizadas.

Para permitir uma melhor avaliação da aquisição efetiva de conhecimentos, nesta fase do projeto, foi novamente aplicado o questionário inicial (utilizado para o diagnóstico de situação), no entanto, apenas no que se refere à vertente dos conhecimentos, isto porque, como referido anteriormente neste relatório, só se transformam comportamentos após a aquisição de conhecimentos.

Foi definido que este questionário seria apenas aplicado aos utentes que participaram, em pelo menos, 50% das sessões realizadas até janeiro de 2018, ou seja, 16 utentes.

No geral do questionário, o mesmo foi avaliado da mesma forma que o inicial, ou seja, as respostas corretas adquiriram o valor 1, enquanto as incorretas ou desconhecidas, 0.

Dos 16 utentes inquiridos, é possível fazer-se uma comparação entre os primeiros e segundos resultados. Verifica-se que, na segunda avaliação, não existem pessoas no nível problemático e aumentou consideravelmente o nível de literacia, excelente.

		Resultados do diagnóstico de situação		Resultados da avaliação intermédia	
Nível de Literacia	Número de respostas corretas	Número de utentes de acordo com as respostas corretas	Percentagem de utentes de acordo com as respostas corretas	Número de utentes de acordo com as respostas corretas	Percentagem de utentes de acordo com as respostas corretas
<b>Inadequado</b>	Entre 0 e 6 respostas	0	0	0	0
<b>Problemático</b>	Entre 7 e 12 respostas	3	18,8%	0	0
<b>Suficiente</b>	Entre 13 e 18 respostas	10	62,4%	7	43,7%
<b>Excelente</b>	Mais que 18 respostas	3	18,8%	9	56,3%

Quadro 30 – Avaliação intermédia de acordo com o nível de literacia

Fonte: Elaborado pelo autor

Apesar de algumas pessoas permanecerem nos níveis anteriores de literacia, tendo em conta que cada nível apresenta um intervalo, a análise individualizada dos questionários, revelou que os 16 utentes aumentaram o número de respostas corretas.

Avaliando o questionário pelas diversas dimensões, observa-se que, em todas as dimensões houve um aumento dos conhecimentos. A dimensão das consequências da doença revelou-se aquela onde a diferença foi menos significativa. Isto pode estar relacionado com o facto, deste aspeto ter sido apenas abordado no geral na 2ª sessão de educação para a saúde. O mesmo, será abordado pormenorizadamente na 5ª sessão, e será novamente avaliado em março de 2018, com a avaliação final dos conhecimentos.

	Total de respostas corretas para cada dimensão, tendo em conta o número de itens de cada uma	Diagnóstico de situação		Avaliação intermédia	
		Nº de respostas corretas	Percentagem de respostas corretas	Nº de respostas corretas	Percentagem de respostas corretas
Dimensão da doença (8 itens)	128	65	50,8%	97	75,8%
Dimensão do controlo da doença (5 itens)	80	57	71,3%	65	81,3%
Dimensão das consequências da doença (7 itens)	112	88	78,6%	90	80,4%
Dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia (4 itens)	64	29	45,3%	48	75,0%

Quadro 31– Avaliação intermédia de acordo com as dimensões do questionário

Fonte: Elaborado pelo autor

Foram também elaborados indicadores de resultado para verificar o nível de conhecimentos em cada dimensão, sendo eles:

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que a população-alvo aumente em 10% os conhecimentos na dimensão da doença	Nº de respostas corretas dadas pelos utentes na dimensão da doença / Nº total de respostas corretas na dimensão da doença X 100	97/ 128 X100 =75,8%  Tendo em conta que a percentagem adquirida no diagnóstico de situação, era de 50,8%, considera-se que esta meta foi atingida

Quadro 32– Avaliação intermédia acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão da doença

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que a população-alvo aumente em 10% os conhecimentos na dimensão do controlo da doença	Nº de respostas corretas dadas pelos utentes na dimensão do controlo da doença / Nº total de respostas corretas na dimensão do controlo da doença X 100	65/ 80 X100 = 81,3%  Tendo em conta que a percentagem adquirida no diagnóstico de situação, era de 71,3%, considera-se que esta meta foi atingida

Quadro 33– Avaliação intermédia acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão do controlo da doença

Fonte: Elaborado pelo autor

Como referido, a dimensão das consequências da doença, apenas foi abordada no geral, não sendo possível realizar uma avaliação real neste momento. No entanto, esta foi apresentada no quadro 31, como forma de monitorização dos ganhos do projeto. Verifica-se que em todas as sessões houve um aumento significativo, e tendo em conta que esta já apresenta um aumento, apesar de ligeiro, considera-se que após a sessão será atingida a meta de 10% definida.

Meta	Indicador de Resultado
Que a população-alvo aumente em 10% os conhecimentos na dimensão das consequências da doença	Nº de respostas corretas dadas pelos utentes na dimensão das consequências da doença / Nº total de respostas corretas na dimensão das consequências da doença X 100

Quadro 34 – Meta e indicador de resultado acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão das consequências da doença

Fonte: Elaborado pelo autor

Meta	Indicador de Resultado	Avaliação
Que a população-alvo aumente em 10% os conhecimentos na dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia	Nº de respostas corretas dadas pelos utentes na dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia / Nº total de respostas corretas na dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia X 100	48/ 64 X100 = 75,0%  Tendo em conta que a percentagem adquirida no diagnóstico de situação, era de 45,3%, considera-se que esta meta foi atingida



Quadro 35 – Avaliação intermédia acerca da aquisição de conhecimentos na dimensão da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia

Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme o apresentado, a avaliação intermédia permitiu verificar que existe um aumento do nível de conhecimentos, mostrando que as estratégias e intervenções desenvolvidas até ao momento, estão a trazer benefícios para a população.

Relativamente às medidas corretivas, importa mencionar um aspeto relacionado com a parceria com a superfície comercial “Intermaché”. Apesar de ter sido realizado o contacto com este estabelecimento, não foi possível estabelecer parceria com o mesmo. Assim, para superar esta situação, foi necessário utilizar outra estratégia, expondo o sucedido e recorrendo-se à Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo, de modo a facultar mais este apoio.

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

Sabe-se que a enfermagem engloba diversos contextos e dá respostas tanto aos indivíduos, como famílias e comunidades.

Em concordância com Stanhope & Lancaster (2011:359), a comunidade é definida como “uma entidade com base num lugar, composta por sistemas de organizações formais que reflectem as intuições sociais, os grupos informais e os seus agregados.”

A comunidade surge como importante para a prática de enfermagem, pois é nela que os enfermeiros exercem as suas funções e aplicam as suas competências, preservando o bem coletivo e melhorando a saúde da população (Stanhope & Lancaster, 2011).

Os profissionais de saúde são constantemente confrontados com novos desafios, sendo necessário o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências, através da formação profissional especializada (OE, 2015b).

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública intervém na comunidade e promove projetos de saúde a diversos grupos, visando a promoção da saúde e a prevenção da doença (OE, 2015b).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, refere que o Enfermeiro Especialista possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem” (Regulamento nº348/2015, da OE, 2015b:16482). Concomitantemente a este facto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública “demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades (...).” (Regulamento nº348/2015, da OE, 2015b:16482)

Face ao exposto neste e no subcapítulo 2.3, será descrito e analisado reflexivamente o contributo das atividades desenvolvidas durante os estágios e da implementação do projeto, para o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, referidas no Regulamento n.º 128/2011,

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da OE (2011a).

- “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;”

O projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver” teve por base a metodologia do planeamento em saúde, abordando todas as etapas que constituem o mesmo, ou seja, esta competência está implícita em todo o projeto. O facto de ser utilizada esta metodologia permitiu aprofundar os conhecimentos acerca do planeamento em saúde.

Para a avaliação do estado de saúde da comunidade, numa fase inicial foi desenvolvido o diagnóstico de situação da comunidade diabética de Ferreira do Alentejo, permitindo identificar as necessidades desta população. Perante as necessidades identificadas, foi possível estabelecer prioridades, definindo as dimensões em que o nível de conhecimentos foi mais baixo e os comportamentos foram menos adequados. Consequentemente foram formulados os objetivos e as estratégias de intervenção, para que fosse possível alcançá-los. Deste modo, foi estabelecido um projeto de intervenção comunitária, para dar respostas as necessidades identificadas e promover a aquisição de conhecimentos e comportamentos adequados. Nesta fase, foram otimizados os recursos disponíveis e desenvolvidas parcerias com diversas entidades, permitindo o sucesso do projeto.

Neste projeto foram ainda envolvidos outros profissionais de saúde, como o psicólogo, nutricionista, o enfermeiro coordenador e também um técnico da área do desporto, o que permitiu enriquecer as atividades planeadas, tendo em conta os seus saberes e experiências.

No decorrer do projeto, foram avaliados periodicamente todos os aspetos referentes ao mesmo, para compreender a efetividade das estratégias delineadas e poder aplicar medidas corretivas alcançando melhores resultados em saúde. No final do projeto, será ainda realizada uma avaliação final, que ficou atempadamente estruturada.

- “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;”

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel importante no processo de capacitação das comunidades, ajudando-as a encontrar respostas e dotando-as de capacidades de gestão e controlo da sua doença.

Conjuntamente com outros profissionais e entidades, foi desenvolvido este projeto de prevenção, proteção e promoção da saúde e encontradas diversas estratégias e intervenções,

numa perspetiva de agir perante os determinantes de saúde, resolução dos problemas encontrados e consequentemente melhoria da qualidade de vida dos utentes. Este facto foi concretizado através das reuniões realizadas com os diversos intervenientes, constituindo uma mais-valia para o desenvolvimento do projeto.

Tendo em conta o descrito anteriormente, o desenvolvimento da capacidade de liderança, revelou-se no integrar diferentes profissionais e entidades com base num objetivo comum, para que estes compreendem-se a importância do seu papel e tornando-se, deste modo, parceiros ativos na comunidade. Esta capacidade foi ainda demonstrada no mobilizar e motivar a população, demonstrando que este projeto lhes permitia aumentar os seus conhecimentos, ajudando assim na autogestão da sua doença e contribuindo para uma melhoria do seu estado de saúde, através de um conjunto de sessões de educação para a saúde.

O projeto implementado teve por base as especificações da comunidade estudada. Desta forma, para definir as intervenções foi necessário ter em conta as características da população-alvo, disponibilizando informação útil e adequada, comunicando de forma clara e eficaz, utilizando diferentes dinâmicas, disponibilizando folhetos informativos, encontrando modos distintos de motivá-la e de lhe transmitir conhecimentos relacionados com a sua doença, ou seja, fazer uma gestão da informação.

No decorrer dos estágios, bem como na concretização do projeto foi indispensável a mobilização de conhecimentos das diferentes disciplinas da enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais, adquiridos em contexto académico, decorrentes da prática e experiência existente e também os partilhados com os diversos profissionais.

Só deste modo foi possível intervir junto da população, promovendo a capacitação e obtendo ganhos em saúde.

- “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.”

O presente projeto teve como objetivo, promover a literacia em saúde e potenciar comportamentos adequados nos utentes diabéticos tipo 2.

Este foi de encontro ao proposto pelo Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 da DGS (2015b), ou seja, para que as pessoas sejam autónomas e possuam responsabilidade perante a sua saúde, bem como das comunidades onde estão inseridas, deve ser promovida a literacia e a capacitação das mesmas.

O mesmo plano expõe que é importante que a pessoa esteja informada, saiba interpretar e interiorizar a informação transmitida e consequentemente, que saiba traduzi-la na mudança dos seus comportamentos menos saudáveis. (DGS, 2015b)

Outra proposta deste plano, prende-se com o “desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença”(DGS, 2015b:14).

Também este aspeto foi tido em conta, baseando-se o presente projeto na promoção da saúde e sendo elaboradas sessões de educação para a saúde, para aumentar os níveis de conhecimentos e contribuir para comportamentos de autocuidado adequados.

Incluído no Plano Nacional de Saúde, encontra-se o Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes. O problema identificado, ou seja, a diabetes, está presente no referido programa, pois este assume uma das populações-alvo preferenciais, as pessoas que já apresentam a doença, quer tenham ou não complicações.

A implementação deste projeto, foi de encontro a alguns dos objetivos deste, no que se refere a “ Gerir de forma integrada a diabetes; Atrasar o início das complicações *major* da diabetes e reduzir a sua incidência; Reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes.” (DGS, 2008)

A coordenação, implementação e monitorização das atividades realizadas no âmbito do projeto, permitiram verificar o impacto das mesmas nos participantes, bem como os ganhos em saúde obtidos.

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A etapa do diagnóstico de situação permitiu analisar, compreender e explicar os fenómenos relacionados com a diabetes, no Mundo, Europa, Alentejo, Baixo Alentejo e mais concretamente, no concelho de Ferreira do Alentejo.

A pesquisa bibliográfica efetuada possibilitou a realização do diagnóstico e permitiu conhecer mais pormenorizadamente esta problemática, demonstrando dados epidemiológicas desta.

Consideram-se assim desenvolvidas todas as competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que serão aprofundadas no exercício da prática profissional.

## **CONCLUSÃO**

A metodologia do planeamento em saúde sendo a base para o desenvolvimento do projeto, constitui um processo dinâmico e contínuo. Este, visa alterar a saúde das comunidades, para que sejam obtidos ganhos em saúde, utilizando os recursos de forma eficaz e eficiente. Sendo parte integrante das funções e competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, surge como essencial no desenvolvimento profissional do enfermeiro.

Nesta linha de pensamento, uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, é avaliar o estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, identificando as necessidades de uma comunidade. Assim, o Diagnóstico de Situação, sendo a primeira etapa do planeamento, permitiu identificar essas necessidades, na área das doenças crónicas, mais concretamente na diabetes.

A prevalência da doença crónica está a aumentar, e é considerada uma causa principal de morbilidade e mortalidade em Portugal. Para se controlar a doença crónica, como é o caso da diabetes, é importante que exista uma relação eficaz entre o utente, a família e a equipa de saúde, pois esta, causa impacto tanto no indivíduo, como em todos os que estão à sua volta.

Tem-se verificado um aumento da prevalência da diabetes, tanto no mundo, como na Europa e em Portugal. No nosso país, esta doença aparece com uma das principais causas de morte. O Alentejo não é exceção, por esse motivo, é visível um aumento da prevalência nesta região.

É importante fazer uma ligação entre a literacia em saúde e a diabetes, pois é o desenvolvimento da literacia que leva à promoção de comportamentos mais adequados. Em conformidade com o apresentado, verifica-se que a diabetes, a literacia em saúde e consequentemente a capacitação dos utentes diabéticos, é uma área onde é fundamental que exista intervenção por parte dos profissionais de saúde. Estes devem dotar os utentes diabéticos de conhecimentos e capacidades, que permitam uma maior autonomia e melhores resultados em saúde.

Devido a transversalidade e complexidade da diabetes e os baixos níveis de literacia em saúde, surgiu como essencial o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária “Diabetes: mais saber, melhor viver”.

Assim, o desenvolvimento deste projeto, permitiu ter uma visão mais alargada da problemática em estudo e verificar quais os melhores “caminhos” a seguir para dar respostas eficazes e eficientes à população, obtendo ganhos em saúde.

Os profissionais de saúde para que possam intervir junto das populações, devem adquirir competências e estar constantemente atualizados no que se refere aos conhecimentos.

Deste modo, foram delineadas estratégias que visam a promoção da saúde, tendo por base o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, de forma a dar resposta aos objetivos propostos.

Considera-se que estas estratégias foram as mais adequadas, pois permitiram atingir os objetivos, como referido anteriormente no decorrer do relatório.

A avaliação no decorrer do projeto, bem como a avaliação intermédia, permitiram verificar que este projeto está a contribuir para um aumento dos conhecimentos na população-alvo, e consequentemente melhoria na sua qualidade de vida.

O estabelecimento de parcerias foi determinante para a concretização e sucesso do projeto, permitindo dar respostas mais eficazes à população.

Quando se procura implementar um projeto junto da comunidade, sabe-se que a realidade pode por vezes dificultar alguns aspetos ao longo do processo. Neste ponto de vista, é importante que exista comunicação e articulação entre os vários intervenientes durante todas as etapas.

No que se refere ao diagnóstico de situação, foram encontradas algumas limitações e dificuldades para a sua realização, para os quais foi necessário encontrar alternativas.

Um aspeto de referir, está relacionado com os contactos com os utentes. No Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, foi possível, através dos dados informáticos, recolher informação acerca das moradas e contactos telefónicos dos utentes. Contudo, algumas dessas moradas e contactos telefónicos encontravam-se desatualizados. Esta situação foi ultrapassada com o auxílio dos enfermeiros, administrativos e principalmente, dos assistentes técnicos do Centro de Saúde.

Outro aspeto, prende-se com o facto da tentativa de parceria realizada com o “Intermarché”, não se ter concretizado, no entanto foi superada através de outro parceiro da comunidade.

Considera-se que este projeto, constituiu uma mais-valia, produzindo benefícios para todos os envolvidos.

No contexto de organização dos serviços de saúde, este surgiu como uma forma proficiente de planeamento de intervenções de proximidade direcionadas às necessidades de saúde dos utentes.

Para os profissionais de saúde, através do projeto, estes foram capazes de colocar em prática os seus conhecimentos, de adquirir novos e desenvolverem as competências do enfermeiro especialista.

Já os participantes, para além da aquisição de conhecimentos que lhes permitam adotar comportamentos adequados, beneficiaram de uma vasta partilha de experiências.

Neste seguimento, considera-se que este projeto surgiu como uma oportunidade de aprendizagem profissional, na medida em que foram colocados em prática conhecimentos e desenvolvidas competências, mas foi também um excelente momento de aprendizagem pessoal.

Permitiu partilhar experiências, arranjar estratégias para ultrapassar diversas situações, adquirir competências de comunicação, manter relações interpessoais saudáveis, tomar consciência das capacidades e acima de tudo, crescer como ser humano e como enfermeira.

Foi uma experiência muito gratificante e todos os aspetos referidos, são de extrema importância e contribuem significativamente para o futuro enquanto enfermeira, no desenvolvimento da atividade profissional.

Considera-se que todo o processo, desde o diagnóstico de situação até a implementação do projeto, permitiu para além da mobilização das competências comuns do Enfermeiro, o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública previstas no regulamento n.º 128/2011.

Futuramente, após o término e avaliação final do presente projeto, pretende-se que o mesmo seja replicado. Para esse facto, considera-se que poderiam ser realizadas algumas alterações ao mesmo, como ser programado um encontro entre os utentes diabéticos do referido Centro de Saúde com utentes com a mesma patologia, residentes em outras localidades do distrito. Deste modo, seria possível, uma maior partilha de experiências e novas aprendizagens. Outro aspeto a considerar, será o facto de divulgar e desenvolver o referido projeto pelas diversas freguesias do concelho, ou seja, cada ano, o projeto seria realizado em cada uma das freguesias, permitindo abranger uma maior percentagem de população.

Concluindo, este relatório possibilitou uma análise e reflexão aprofundada de todo o processo, permitindo perceber os ganhos efetivos em saúde nos utentes diabéticos tipo 2, bem como os diversos benefícios do mesmo, para todos os intervenientes.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (6º Curso de Mestrado em Saúde Pública), Porto. Acedido a 15 de junho de 2017 em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654>
- Bastos, F.; Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. Serviço de Higiene e Epidemiologia. Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto in *Acta Med Port*; 20: 11-20. Acedido a 15 de junho de 2017 em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/836/512>.
- Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo (2013). Concelho, Ferreira do Alentejo. Acedido a 17 de junho de 2017 em <https://www.ferreiradoalentejo.pt/index.php/concelho-municpio-366>
- Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Acedido a 9 de outubro de 2017 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>.
- Cavanaugh, K. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment, in *Diabetes Manag* (Lond). 2011 Mar; 1(2): 191–199. Acedido a 18 de junho de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158575/>
- Confederação Nacional das Cooperativas Agrícolas e do Crédito Agrícola de Portugal, CCRL [CONFAGRI] (2016). *Ferreira do Alentejo ganha nova vida com regadio e afirma-se capital do azeite*. Acedido a 18 de junho de 2017 em <http://www.confagri.pt/Noticias/Pages/noticia64565.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2007). *Dia Internacional da Literacia*. Lisboa: DGS. Acedido a 13 de junho de 2017 em <http://www.dgs.pt/?cr=11708>

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2008). *Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: DGS. Acedido a 9 de junho de 2017 em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015a). *A saúde dos portugueses – perspetiva 2015*. Lisboa: DGS. Acedido a 21 de junho de 2017 em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015b). Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. Acedido a 7 de junho de 2017 em <http://pns.dgs.pt/PNS-REVISAO-E-EXTENSAO-A-2020/>
- Eurostat – Statistics Explained (2017). Estrutura populacional e envelhecimento. In *Eurostat – Statistics Explained*. Acedido a 10 de dezembro de 2017 em [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_agein\\_g/pt](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_agein_g/pt)
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. (2016). *Relatório Síntese - Literacia em Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Acedido a 13 de junho de 2017 em <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/>
- Esteves, Y. (2016). O que é mais fácil: adquirir conhecimentos ou mudar comportamentos? In *Etalent*. Acedido a 10 de outubro de 2017 em <http://etalent.com.br/artigos/conhecimentos-ou-comportamentos/>
- Ferreira, M. & Veríssimo, M. (2008, julho-dezembro). Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26:2, VOL. 26, N°2, 37-60. Acedido a 18 de junho de 2017 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13720>
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didáctico, Lda.
- Frazen,E.; Almeida,M.; Aliti, G.; Bercini, R.; Menegon, D. & Rabelo, E. (2007). Adultos e Idosos com doenças crónicas: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev HCPA* 27(2). 28-31. Acedido a 18 de junho de 2017 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28901/000631820.pdf?sequence=1>

- Freitas, C. (2013). A ética na enfermagem. *In Ordem dos enfermeiros*. Acedido a 20 de junho de 2017 em <https://slidex.tips/download/a-etica-na-enfermagem>
- Freitas, G. (2017). *Literacia em Saúde e Autocuidado no Adulto com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Contexto Comunitário*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária), Lisboa. Acedido a 10 de janeiro de 2018 em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18960>
- Fundación Grupo de Amigos de los Diabéticos [F.G.A.D] (2014). *El logotipo del Día Mundial de la Diabetes*. Madrid. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <http://www.fundaciondiabetes.org/diamundial/328/que-es-el-dia-mundial-de-la-diabetes>
- Gaudêncio, M; Melo, M.; Veríssimo, N. & Silva, R.(2010). O Desafio das Doenças Crónicas. *Açoriano Oriental*. p. 20. Acedido a 21 de junho de 2017 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4350/31out2010.pdf>.
- Goldstein, B. & Müller-Wieland, D. (2008). *Diabetes Tipo 2 – Princípios e Prática*. Fascículo I (2ª edição) Alges: EUROMÉDICE, Edições Médicas, Lda
- Gomes, S. (2011). *A Diabetes Mellitus como determinante em saúde e envelhecimento: o conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença*. Dissertação de mestrado em saúde e envelhecimento, Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Acedido a 15 de junho de 2017 em <https://run.unl.pt/handle/10362/5740>
- Guerra, M. (2012). *Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2 - Projeto de Intervenção*. Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde (1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária), Beja. Acedido a 10 de janeiro de 2018 em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/3949>
- Imperatori, E. (1990) Prefácio. *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública. 3ª Edição revista e atualizada. Lisboa

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2015). Taxa de desemprego segundo os Censos: total e por sexo (%). *In PORDATA*. Acedido a 7 de outubro de 2017 em [https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+desemprego+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-405](https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+desemprego+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo+(percentagem)-405)

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017a). Taxa bruta de mortalidade. *In PORDATA*. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+mortalidade-367>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017b). Taxa de mortalidade infantil. *In PORDATA*. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+mortalidade+infantil-371>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2017c). Taxa bruta de natalidade. *In PORDATA*. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-366>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018a). Óbitos por algumas causas de morte (%) – Portugal. *In PORDATA*. Acedido a 17 de março de 2018 em [http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018b). População residente. *In PORDATA*. Acedido a 2 de fevereiro de 2018 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente-359>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018c). Índice de Envelhecimento. *In PORDATA*. Acedido a 2 de fevereiro de 2018 em <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018d). Beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido e Rendimento Social de Inserção da Segurança Social: total e por grupo etário. *In PORDATA*. Acedido a 1 de março de 2018 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Benefici%C3%A1rios+do+Rendimento+M%C3%A1ximo+Garantido+e+Rendimento+Social+de+Inser%C3%A7%C3%A3o+da+Seguran%C3%A7a+Social+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-515>

- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018e). População residente: total e por sexo-Europa. *In PORDATA*. Acedido 1 de março de 2018 em <https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-1571>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018f). População residente: total e por sexo - Municípios. *In PORDATA*. Acedido a 2 de fevereiro de 2018 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-357>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018g). População residente em idade activa: total e por grupos etários. *In PORDATA*. Acedido a 2 de fevereiro de 2018 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+em+idade+activa+total+e+por+grupos+et%C3%A1rios-792>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018h). Óbitos por algumas causas de morte (%) - Municípios. *In PORDATA*. Acedido a 17 de março de 2018 em [https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373)
- Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge (2016a). Diabetes e outras doenças crónicas. *In Serviço Nacional de Saúde*. Acedido a 18 de junho de 2017 em <http://www.insa.min-saude.pt/diabetes-e-outras-doencas-cronicas/>
- Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge (2016b) *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 21 de junho de 2017 em <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4115>
- Instituto da Segurança Social [ISS], I.P. (2018). Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Acedido a 22 de março de 2018 em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)
- Melo, P. (2015). As Unidades de Cuidados na Comunidade e o acesso à Enfermagem Especializada. Universidade Católica de Lisboa. *In Jornal do Enfermeiro*. Acedido a 10

de janeiro de 2018 em <http://www.jornalenfermeiro.pt/opiniaio/item/494-pensar-os-recursos-humanos-em-saude-desafios-do-ensino.html>

Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIMUF] (2017). *Utentes diabéticos por idade, freguesia e médico de família*. Ferreira do Alentejo: Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo

Ministério da Saúde [MS] (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República*, 1ª série, N.º 38, 1182 - 1189. Acedido a 10 de dezembro de 2017 em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Ministério da Saúde [MS] (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Lisboa: MS. Acedido a 10 de dezembro de 2017 em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Ministério da Saúde [MS] (2016). Despacho n.º 3618- A /2016 de 10 de março : Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, 2ª série – N.º 49. Acedido a 10 de outubro de 2017 em <https://dre.pt/home/-/dre/73833508/details/maximized?serie=II&dreId=73833504>

Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência (III Série, n.º8)*, 125 – 134. Acedido a 11 de janeiro de 2018 em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000300013](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300013)

Nunes, L.; Amaral, M.; & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Nunes, L.; Sousa, M. (2014). Memorando -Bioética e Saúde Mental. In *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida*. Acedido a 15 de junho de 2017 em <http://www.cneqv.pt/pareceres.php?p=2>

Nursing Theory (2016). Health Promotion Model. Acedido a 2 de fevereiro de 2018 em <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (1998). REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto- lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Acedido a 2 de outubro de 2017 em <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iTBSK1oWNVwJ:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento nº128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, 8667-8669. Acedido a 13 de junho de 2017 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b, junho). Responsabilidade para com a Comunidade. XI Seminário de Ética. *Revista da Ordem dos Enfermeiros (ROE nº37)*, 1646-2629. Acedido a 3 de janeiro de 2018 em <http://docplayer.com.br/15781302-Numero-37-junho-2011-%20www-ordemenfermeiros-pt-issn-1646-2629-responsabilidade-para-com-a%20comunidade.html>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011c). Regulamento n.º 122/2011- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, 8648 – 8653. Acedido a 13 de junho de 2017 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 79, 10087 -10090. Acedido a 7 de outubro de 2017 em [https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/?type\\_field=386&page=6](https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/?type_field=386&page=6)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde

Pública. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, N.º 118, 16481 - 16486. Acedido a 3 de janeiro de 2018 em <http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/19/regulamento-dos-padroes-de-qualidade-dos-cuidados-especializados-em-enfermagem-comunitaria-e-de-saude-publica-ordem-dos-enfermeiros/>

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] / European Union [EU] (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Acedido a 7 de outubro de 2017 em [https://www.keepeek.com//Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en#page20](https://www.keepeek.com//Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en#page20)

Pedro, A.; Amaral, O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume 34, Issue 3, P. 259-275. Acedido a 18 de junho de 2017 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516300311>

Pender, N. (2011). *Health Promotion Model Manual*. University of Michigan. Acedido a 23 de junho de 2017 em <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>

Pereira, A. (2006). SPSS – Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia. SINOPSE (6<sup>a</sup> edição). Portugal: **SILABO**. Acedido a 21 de junho de 2017 em <http://www.livrariacultura.com.br/p/livros/ciencias-exatas/estatistica/spss-guia-pratico-de-utilizacao-1809265>

PORDATA (s.d.). Glossário. In *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Acedido a 15 de junho de 2017 em <http://www.pordata.pt/Glossario>

Porto Editora (2018). *Parceria*. Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora. Acedido a 6 de janeiro de 2018 em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/parceria>

Sant’anna, C.; Cezar-Vaz, M.; Cardoso, L.; Erdmann, A. & Soares, J. (2010, março). Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online) no.1. (vol.31)*. p.92-99. Porto Alegre. Acedido a 23 de junho de 2017 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100013)



- Schneider, D. & Flach, P. (2017). COMO CONSTRUIR UM PROJETO DE INTERVENÇÃO? Eixo dos instrumentos. In *Portal de Formação à Distância*. Acedido a 5 de dezembro de 2017 em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uKfVNlzlHpsJ:www.aberta.sena.d.gov.br/medias/original/201704/20170427-095100-001.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2016a). Cuidados de Saúde Primários - Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. In *Serviço Nacional de Saúde*. Acedido a 18 de junho de 2017 em <http://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2016b). Missão, Atribuições e Legislação – Apresentação e enquadramento regional da ULSBA. In *Serviço Nacional de Saúde*. Acedido a 10 de dezembro de 2017 em <http://www.ulsba.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Silva, M. (2008). Caracterização Sócio-económica do Distrito de Beja. Núcleo Distrital de Beja. REAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. Acedido a 13 de junho de 2017 em <https://www.eapn.pt/pesquisa/?q=Caracteriza%C3%A7%C3%A3o+S%C3%B3cio-econ%C3%B3mica+do+Distrito+de+Beja>
- Sistema de Informação para as Unidades de Saúde [SINUS] (2017). *Utentes por médico de família*. Ferreira do Alentejo: Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Acedido a 6 de outubro de 2017 em <http://www.spd.pt/index.php/notcias-topmenu-19/663-2017-03-16-16-19-17>
- Sousa, D. (2013). Competências e Saberes em Enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 2 de outubro de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/ArtigosEnfermeiros2013.aspx>

- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª Edição). Loures: Lusodidacta, Soc. Port. De Material Didáctico, Lda.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.
- Toledo, M; Costa, J. & Silva, E. (2016). Diabetes Educator: Current Perspectives on their Importance. In *JSM Diabetology and Management*. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <https://www.jscimedcentral.com/Diabetology/diabetology-1-1001.pdf>.
- Unidade de Longa Duração e Manutenção de F.A. (2008). Blog da unidade. Acedido a 16 de junho de 2017 em <http://uldmfa.blogspot.pt/>
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA] (2017). *Consultas por programa de saúde – 2016*. Beja: ULSBA
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2005). *Aspects of Literacy Assessment: Topics and issues from the UNESCO Expert Meeting*. Paris: UNESCO. Acedido a 10 de outubro de 2017 em [http://unesdoc.unesco.org/Ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=140125&set=4AA23422\\_0\\_39&gp=1&ll=1](http://unesdoc.unesco.org/Ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=140125&set=4AA23422_0_39&gp=1&ll=1)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010, julho). *UM TESOURO A DESCOBRIR – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI*. Brasília:UNESCO. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>
- Vicente, J. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental: aspectos sociológicos e organizacionais*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra (Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo), Coimbra. Acedido a 11 de janeiro de 2018 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17822>
- Victor, J; Lopes, M. & Ximenes, L. (2005, julho-setembro). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. (Vol. 18). P. 235-240. São Paulo. Acedido a 17 de junho de 2017 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002005000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002)

- World Health Organization [WHO] (2016a). Health promotion -Health Literacy. *9th Global Conference on Health Promotion*. Shanghai: WHO. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>
- World Health Organization [WHO] (2016b). *Global Report on Diabetes*. France: WHO. Acedido a 3 de outubro de 2017 em [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=4D280C8EA9040FD39797101F94801D46?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=4D280C8EA9040FD39797101F94801D46?sequence=1)
- World Health Organization [WHO] (2017a). Noncommunicable diseases. Acedido a 21 de junho de 2017 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- World Health Organization [WHO] (2017b). Diabetes – Fact sheet. Acedido a 5 de dezembro de 2017 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- WHO Regional Office For Europe (2010). *Delivering for Diabetes in Europe*. WHO Regional Director for Europe. Bélgica: Bruxelas. Acedido a 23 de junho de 2017 em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/publications/2010/delivering-for-diabetes-in-europe>
- WHO Regional Office For Europe (2016). World Health Day 2016 – Background. Acedido a 7 de outubro de 2017 em <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/world-health-day-2016-beat-diabetes/background>
- Williams, G. & Pickup, J.(2006). *Handbook of Diabetes* – Fascículo 1. (3ª edição). Algés: EUROMÉDICE, Edições Médicas, Lda.

**APÊNDICES**

**Apêndice I – Consentimento Informado**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

O meu nome é Inês Frederico, sou enfermeira e aluna do Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Universidade de Évora. Encontro-me a realizar um estágio, integrado no Mestrado, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo. Neste âmbito, pretendo realizar uma recolha de dados, para desenvolver inicialmente um diagnóstico de situação e posteriormente um projeto de intervenção comunitária. O questionário irá focar os aspetos relacionados com os conhecimentos que os utentes diabéticos apresentam tendo em conta a sua doença, bem como a relação entre os conhecimentos e os comportamentos de cada um.

Toda a informação recolhida será absolutamente confidencial.

Os resultados globais serão apresentados à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora.

A participação neste diagnóstico é voluntária, podendo ser recusada.

Se concorda com a informação disponibilizada, peço-lhe que assine o presente consentimento informado.

Obrigada pela atenção dispensada.

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, \_\_\_\_\_ (nome completo)

\_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do objetivo do diagnóstico de situação e posterior projeto de intervenção comunitária. Compreendi a informação que me foi transmitida e fui esclarecido(a) acerca dos aspetos que considero importantes e das dúvidas que coloquei.

Fui informado que tenho o direito de recusar a minha participação e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim.

Foi-me garantido todo o sigilo das informações fornecidas.

Assim, declaro que aceito participar neste projeto, respondendo ao questionário apresentado.

Ferreira do Alentejo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Assinatura

\_\_\_\_\_

**Apêndice II – Ofícios para a Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e Juntas de Freguesia do Concelho**

Exmo. Sr. Presidente da Câmara Municipal de  
Ferreira do Alentejo

Exmo. Sr. ...

Assunto: “Projeto de Intervenção Comunitária”

23/outubro/2017

O meu nome é Inês Ramos Frederico, sou enfermeira, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Aljustrel. Encontro-me, desde o mês de maio de 2017, a realizar um estágio no âmbito do Mestrado em Associação – Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados na Comunidade, no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

Deste modo, encontro-me a planear um Projeto de Intervenção Comunitária em colaboração com os Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ferreira do Alentejo, que pretende abranger a população diabética da vila de Ferreira do Alentejo, bem como das diferentes aldeias do Concelho.

Pretendemos com este projeto, promover a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos adequados na população-alvo, através da realização de diversas atividades. Assim, consideramos que o mesmo trará ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos utentes.

Este projeto, encontra-se estruturado para um período de nove meses, a contar do presente mês.

Neste sentido, solicitamos a V. Exa., uma parceria entre a Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e o Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, no âmbito do seu desenvolvimento, nomeadamente:

- Divulgação do projeto – no vosso jornal, agenda cultural, bem como na rede social, Facebook, onde seja possível dar a conhecê-lo à população do Concelho, dando visibilidade a este problema de saúde pública;
- Disponibilidade de um Técnico de Desporto, para a sessão que se irá realizar no dia 23 de março de 2018, de modo a promover a atividade física através de diversos exercícios que o mesmo considere adequados à população-alvo;
- Cedência de um espaço para a realização da aula de atividade física, referida anteriormente. Gostaríamos, se as condições meteorológicas o permitirem, de utilizar o jardim público para a realização desta atividade. No entanto, se as mesmas forem desfavoráveis, solicitamos a disponibilidade do pavilhão municipal.
- Convívio final com Coffe Break, entre todos os intervenientes do projeto, no referido dia;
- Fornecimento de t-shirts para os participantes (aproximadamente 25 t-shirts), as quais deverão conter o logotipo do projeto, bem como o de V. Exas.

Pelo exposto, vimos por este meio convidar V. Exa., a comparecer na apresentação do projeto, conforme convite em anexo.

Gratos pela atenção dispensada;  
Com os melhores cumprimentos,

---

(Enf.<sup>a</sup> Mestranda Inês Frederico)

---

(Enfermeiro Coordenador do C.S. de Ferreira do Alentejo,  
Enf. Mário Almeida)



Exmo. Sr. Presidente da Junta de Freguesia de ...

Exmo. Sr. ...

Assunto: “Projeto de Intervenção Comunitária”

23/outubro/2017

O meu nome é Inês Ramos Frederico, sou enfermeira, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Aljustrel. Encontro-me, desde o mês de maio de 2017, a realizar um estágio no âmbito do Mestrado em Associação – Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados na Comunidade, no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

Deste modo, encontro-me a planear um Projeto de Intervenção Comunitária em colaboração com os Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ferreira do Alentejo, que pretende abranger a população diabética da vila de Ferreira do Alentejo, bem como das diferentes aldeias do Concelho.

Pretendemos com este projeto, promover a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos adequados na população-alvo, através da realização de diversas atividades. Assim, consideramos que o mesmo trará ganhos em saúde, melhorando a qualidade de vida dos utentes.

Este, encontra-se estruturado para um período de nove meses, a contar do presente mês.

Neste sentido, solicitamos a V. Exa., uma parceira entre a Junta de Freguesia de Ferreira do Alentejo e Canhestros e o Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, no âmbito do desenvolvimento deste projeto.

Face ao exposto, vimos por este meio convidar V. Exa., a comparecer na apresentação do projeto, conforme convite em anexo.

Gratos pela atenção dispensada;

Com os melhores cumprimentos,

---

(Enf.<sup>a</sup> Mestranda Inês Frederico)

---

(Enfermeiro Coordenador do C.S. de Ferreira do Alentejo,  
Enf. Mário Almeida)

**Apêndice III – Convite elaborado para os parceiros**

# Convite



**A UCC “Cuidar Ferreira na Proximidade” de Ferreira do Alentejo, vem por este meio, convidar V. Exa. para a Sessão de Apresentação do Projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver”, que se irá realizar no dia 27 de outubro de 2017 no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, pelas 15h.**

**Agradecemos a sua presença!**



**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE



**CENTROS  
DE SAÚDE**



**UCC**  
Unidade de Cuidados  
Comunitários



**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
na comunidade

**Apêndice IV – Convite elaborado para os utentes**

# Convite



**A UCC "Cuidar Ferreira na Proximidade" de Ferreira do Alentejo, vem por este meio, convidar V. Exa. para a 1ª Sessão do Projeto "Diabetes: mais saber, melhor viver", que se irá realizar no dia 7 de novembro de 2017 no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, pelas 14h30.**

**Agradecemos a sua presença!**



**Apêndice V – Planejamento das Sessões**

## Projeto de Intervenção Comunitária



Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:



**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE



**CENTRO  
DE SAÚDE**



**UCC**  
Unidade de Cuidados  
Comunitários



### Planeamento das Sessões de Educação para a Saúde

Sessões de Educação para a Saúde	Dia / Mês	Hora	Horário do Transporte
Apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação + 1ª Sessão de Educação para a Saúde “A Teia da Diabetes e da Motivação”	7 de novembro de 2017	14h30 – 16h	
2ª Sessão de Educação para a Saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”	16 de novembro de 2017	14h30 – 16h	
3ª Sessão de Educação para a Saúde “Saber comer, melhor viver”	15 de dezembro de 2017	15h – 16h	
4ª Sessão de Educação para a Saúde “Saber para prevenir!”	18 de janeiro de 2018	14h30 – 16h	
5ª Sessão de Educação para a Saúde “À flor da pele”	16 de fevereiro de 2018	15h – 16h	
6ª Sessão de Educação para a Saúde “Diabetes: mais saber, melhor viver”	23 de março de 2018	15h – 16h15	

**Apêndice VI – Planos das Sessões das atividades planeadas**



1ª Sessão de Educação para a Saúde - “A Teia da Diabetes e da Motivação”							
Objetivo: Estabelecer relações entre os participantes Motivar o grupo terapêutico para a adesão ao projeto							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicador de Atividade
“A Teia da Diabetes e da Motivação”, dirigida à população-alvo	Enfermeira mestranda Enfermeiro supervisor Psicólogo	7 de novembro de 2017  14h30	Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo	Dinâmica de Grupo  Método expositivo, interrogativo, fomentando o diálogo	Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Registo de presenças	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100
Recursos Materiais: Computador, Datashow, Tela, Pendrive, Novelo de lã, folhas A4, caneta							

2ª Sessão de Educação para a Saúde – “Mais e melhor pelo nosso futuro”							
Objetivo: Partilhar experiências Promover a aquisição de conhecimentos							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Atividade/Resultado
Sessão de Educação para a Saúde dirigida à população-alvo, acerca dos aspetos gerais da Diabetes, incluindo a fisiopatologia e causas da mesma.	Enfermeira mestranda Enfermeiro supervisor	16 de novembro de 2017  14h30	Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo	Método expositivo, fomentando o diálogo;  Método Interrogativo  Método demonstrativo;  Dinâmicas de grupo	Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde  Que 50% da população-alvo presente na 2ª sessão de educação para saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”, adquira conhecimentos acerca da dimensão da doença	Registo de presenças  Resultados do instrumento de avaliação aplicado no final da sessão	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100  Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”/ Nº total de utentes presentes na 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” X 100

					Que 50% da população-alvo presente na 2ª sessão de educação para saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia		Nº de utentes que consideraram que a 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”, foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 2ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” X 100
Recursos Materiais: Computador,Tela, <i>Datashow</i> , <i>Pendrive</i> , folha (A4), canetas, cartolinas, tesoura, placards							

3ª Sessão de Educação para a Saúde – “Saber comer para melhor viver”							
Objetivo: Promover a aquisição de conhecimentos acerca da alimentação, fomentando comportamentos adequados							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Atividade/Resultado
Sessão de Educação para a Saúde dirigida à população-alvo, acerca da alimentação adequada para o utente diabético	Enfermeira mestranda  Enfermeiro supervisor  Nutricionista	15 de dezembro de 2017  15h	Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo	Método expositivo, fomentando o diálogo;  Método Interrogativo  Método demonstrativo;  Dinâmicas de grupo	Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde  Que 50% da população-alvo presente na 3ª sessão de educação para saúde “Saber comer para melhor viver”, adquirir conhecimentos acerca da dimensão do controlo da doença	Registo de presenças  Resultados do instrumento de avaliação aplicado no final da sessão	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100  Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 3ª sessão de educação para a saúde “Saber comer para melhor viver”/ Nº total de utentes presentes na 3ª sessão de educação para a saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” X 100

					Que 50% da população-alvo presente na 3ª sessão de educação para saúde “Saber comer para melhor viver”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia		Nº de utentes que consideraram que a 3ª sessão de educação para a saúde “Saber comer para melhor viver”, foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 3ª sessão de educação para a saúde “Saber comer para melhor viver” X 100
Recursos Materiais: Computador, Tela, <i>Datashow</i> , <i>Pendrive</i> , Cartolinas (vermelhas, verdes e amarelas), folha A4, caneta							

4ª Sessão de Educação para a Saúde - “Saber para prevenir!”							
Objetivo: Promover a aquisição de conhecimentos acerca da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia, autovigilância na diabetes e regime medicamentoso							
Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Atividade/Resultado
Sessão de Educação para a Saúde dirigida à população-alvo, acerca da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia, autovigilância na diabetes e regime medicamentoso	Enfermeira mestranda  Enfermeiro supervisor	18 de janeiro de 2018  14h30	Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo	Método expositivo, interrogativo, demonstrativo, fomentando o diálogo  Visionamento de vídeos  Componente prática  Dinâmica de Grupo	Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde          Que 50 % da população-alvo presente na 4ª sessão adquira conhecimentos acerca da sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicemia	Registo de presenças       Resultados do instrumento de avaliação aplicado no final da sessão	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100       Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” / Nº

					<p>Que 50 % da população-alvo presente adquira conhecimentos teórico-práticos acerca da motorização da glicemia capilar</p>	<p>Demonstração correta da técnica por parte de cada um dos participantes</p>	<p>total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” X 100</p> <p>Nº de utentes que demonstraram conhecimentos teórico-práticos na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” / Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!” X 100</p>
					<p>Que 50% da população-alvo presente na 4ª sessão de educação para saúde “Saber para prevenir!”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia</p>	<p>Resultados do instrumento de avaliação aplicado no final da sessão</p>	<p>Nº de utentes que consideraram que a 4ª sessão de educação para a saúde “Saber para prevenir!”, foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação</p>

							para a saúde “Saber para prevenir” X 100
--	--	--	--	--	--	--	--

Recursos Materiais: Computador, Tela, *Datashow*, *Pendrive*, folhas A4, canetas, Glucómetro, tiras pra determinação da glicémia capilar, lancetas descartáveis, compressas, luvas descartáveis, pensos rápidos e contentor de cortantes e perfurantes



5ª Sessão de Educação para a Saúde - “À flor da pele”

Objetivo: Promover a aquisição de conhecimentos e competências na área dos cuidados aos pés, prevenção e tratamento de feridas, bem como gerar comportamentos adequados

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Atividade/Resultado
Sessão de Educação para a Saúde dirigida à população-alvo, acerca das consequências da doença, cuidados aos pés, prevenção e tratamento de feridas	Enfermeira mestranda Enfermeiro supervisor	16 de fevereiro de 2018  15h	Biblioteca do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo	Método expositivo, demonstrativo  Dinâmica	Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde  Que 50 % da população-alvo presente na 5ª sessão adquira conhecimentos acerca dimensão das consequências da doença  Que 50% da população-alvo presente na 5ª sessão de educação para saúde “À flor da pele”, considere, que esta foi, no mínimo útil, para o seu dia-a-dia	Registo de presenças  Resultados do instrumento de avaliação aplicado no final da sessão	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100  Nº de utentes que responderam corretamente a mais de metade das questões na 5ª sessão de educação para a saúde “À flor da pele” / Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a saúde “À flor da pele” X 100  Nº de utentes que consideraram que a 5ª sessão de educação para a saúde “À flor da pele” foi, no mínimo, útil para o seu dia-a-dia/ Nº total de utentes presentes na 4ª sessão de educação para a

							saúde “Saber para prevenir” X 100
--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------

Recursos Materiais: Computador, Tela, *Datashow*, *Pendrive*, folha A4, caneta, cartolinas verdes e vermelhas

6ª Sessão de Educação para a Saúde - “Diabetes: mais saber, melhor viver”

Objetivo: Demonstrar a importância da prática de atividade física na população diabética

Promover a prática da atividade física, no decorrer do projeto, bem como no dia-a-dia de cada um

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação	Indicadores de Atividade
Aula de atividade física, dirigida à população-alvo	Enfermeira mestranda  Enfermeiro supervisor  Técnico de Desporto	23 de março de 2018  15h	Jardim Público ou Pavilhão Municipal	Componente prática  Dinâmica de Grupo	Que 33% da população-alvo participe na sessão de educação para a saúde	Registo de presenças	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde / Nº total de utentes da população-alvo convocados X 100

Recursos Materiais: diverso material de desporto

**Apêndice VII – Folha de Presenças**



**Apêndice VIII – Autorização para o registo fotográfico**



No âmbito do projeto "Diabetes: mais saber, melhor viver", gostaríamos de proceder ao registo fotográfico das sessões realizadas, para uma exposição no Centro de Saúde, para efeitos de divulgação e se necessário, apresentação no relatório final do Mestrado em Enfermagem em Associação- Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Eu \_\_\_\_\_, autorizo / não autorizo (riscar o que não interessa), a recolha de fotográficas durante as sessões realizadas no âmbito do projeto de intervenção comunitária.

Assinatura

\_\_\_\_\_

**Apêndice IX – Marcador de livros**



## Diabetes

### É IMPORTANTE:

**ACEITAR A DOENÇA**

**EVITAR RISCOS:** não fumar, realizar consultas e exames regularmente

**SEGUIR UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

**PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO**

**AVALIAR A GLICÊMIA CAPILAR**

**TOMAR OS MEDICAMENTOS COMO INDICADO**

**CUIDAR DOS PÉS**



## Projeto de Intervenção Comunitária



**"MAIS E MELHOR PELO NOSSO FUTURO"**

Sessão de Educação para a Saúde

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:



**Apêndice X – Relógio do dia a dia**



## Relógio do dia-a-dia



<h3>Manhã</h3>	6h-
	7h-
	8h-
	9h-
	10h-
	11h-
12h-	
<h3>Tarde</h3>	13h-
	14h-
	15h-
	16h-
	17h-
	18h-

<h3>Noite</h3>	19h-
	20h-
	21h-
	22h-
	23h-
	24h-

Deve completar o seu relógio do dia-a-dia com as seguintes atividades (há algumas atividades que pode repetir mais do que uma vez ao longo do seu dia):

Levantar	Avaliar a glicemia capilar	Fazer uma refeição ligeira
Jantar	Realizar atividades que gosto (costurar, ir ao café, ver televisão, falar com os/as amigos/as, entre outras)	Tomar o pequeno-almoço
Almoçar	Fazer uma refeição intermédia	Fazer exercício físico
Lanchar	Tomar a medicação	Deitar

**Apêndice XI – Folhetos da hipoglicemia, hiperglicemia e vigilância da glicemia**



## Hipoglicemia

(baixa do açúcar no sangue)

- ✓ A hipoglicemia acontece quando os níveis de açúcar no sangue descem abaixo dos 70 mg/dl.
- ✓ Os sintomas variam de pessoa para pessoa e por vezes, podem não surgir sintomas.

### Sintomas mais frequentes na hipoglicemia:



### O que deve fazer para tratar uma hipoglicemia ou baixa de açúcar no sangue?

Se ao medir o açúcar no sangue, o valor estiver abaixo dos 70 mg/dl, se apareceu o resultado "LO" no seu medidor de glicemia ou se sente algum dos sintomas referidos, deve:

### 1º passo

Ingerir 2 pacotes de açúcar pequenos (15g) ou 2 colheres de sopa cheias de açúcar

### 2º passo

Esperar 5 minutos e voltar a medir o nível de açúcar no sangue

### 3º passo

Se continuar abaixo dos 70 mg/dl ou se não se sentir melhor, deve voltar a ingerir o açúcar (1º passo), a cada 5 ou 10 minutos.

### Deve contactar imediatamente o seu médico ou enfermeiro, se:

- ✓ Os sintomas não melhorarem
- ✓ Os níveis de açúcar continuarem abaixo dos 70 mg/dl
- ✓ O nível de açúcar for menos de 50 mg/dl ou aparecer "LO" no seu medidor
- ✓ Repetir a baixa do açúcar no sangue

### Para evitar uma baixa de açúcar no sangue, é importante:

Medir o nível de açúcar; Ingerir hidratos de carbono; Comer de 3 em 3 horas; Não praticar exercício físico, sem ter feito uma alimentação ligeira; Tomar corretamente a medicação.



## Hiperglicemia

("açúcar alto" no sangue)

- ✓ A hiperglicemia acontece quando existe um aumento dos níveis de açúcar no sangue.

Considera-se hiperglicemia quando:

**Jejum:**  
se o valor for acima dos 126 mg/dl

**2 horas depois das refeições:**  
se o valor for acima 200 mg/dl

Sintomas da hiperglicemia:



Urinar com muita frequência (Polúria)



Sede constante e intensa (Polidipsia)



Sensação de boca seca (Xerostomia)



Fome constante e difícil de saciar



Cansaço



Comichão no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais)



Visão turva

Antes de tomar qualquer atitude, deve pensar o porquê de ter os valores elevados, como por exemplo:

- ✓ Se fez medicação, fê-lo corretamente (tomou as doses adequadas)?
- ✓ Comeu ou abusou mais na alimentação do que o habitual?
- ✓ Está com alguma infeção?
- ✓ Está mais ansioso(a) ou stressado(a)?

O que deve fazer em caso de hiperglicemia ou aumento do açúcar no sangue?

- ✓ O tratamento deve ser de acordo com o que definiu com a sua equipa de saúde.
- ✓ Se manter os valores elevados durante algum tempo, mesmo que não apresente qualquer sintoma, deve dirigir-se à sua equipa de saúde.
- ✓ Se apresentar valores superiores a 200 mg/dl, sentir-se mal ou sem forças, deve contactar imediatamente o seu médico e/ou enfermeiro.

**Para prevenir, é importante**

Estabilizar os níveis da glicemia

Hábitos de vida saudáveis

Cumprir a medicação

Aumentar o consumo de água



## Vigilância da glicemia

Para saber se a diabetes está controlada, é importante fazer a medição do nível de açúcar no sangue.

De forma geral, os valores ideais de glicemia (açúcar no sangue), são:

Jejum: valor até 110 mg/dl	2 horas depois das refeições: valor até 140 mg/dl
----------------------------------	---



### Cuidados a ter quando se realiza a avaliação da glicemia capilar:



Lavar e secar bem as mãos



Preparar o material necessário e colocar a tira no medidor



Adaptar a profundidade da picada ao tipo de pele e picar o dedo na parte lateral da extremidade



Aproximar a tira do dedo. A tira deve ficar completamente preenchida



Verificar o resultado que aparece no ecrã do aparelho e registar o valor.

**Aspectos a ter em atenção**

- Data de validade das tiras
- Armazenamento das tiras (não devem estar expostas ao sol, nem em locais húmidos)
- Tapar bem a embalagem depois de retirar a tira

**Apêndice XII – Livro dos Passatempos**



Projeto de Intervenção Comunitária



# Diabetes



## O livro dos passatempos



## Apresentação

### A Diabetes Mellitus...

A Diabetes é uma das doenças mais frequentes em todo o mundo. Esta, tem aumentado em todas as faixas etárias, principalmente pelo excesso de peso e obesidade, dieta inadequada e sedentarismo.

#### Diabetes no Mundo...



#### Diabetes na Europa...

60 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 25, apresentam Diabetes (10,3% homens e 9,6% mulheres).

Na **população portuguesa**, no ano de 2015, a prevalência da Diabetes foi de 13,3%, ou seja, 7,7 milhões de pessoas, entre os 20 e os 79 anos, apresentavam Diabetes.

O **Alentejo** é a região de Portugal onde existem **mais utentes diabéticos**.

(WHO Regional Office for Europe, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2016)

A Diabetes é uma doença que se caracteriza por um conjunto de alterações no nosso corpo. O nosso organismo utiliza o açúcar para produzir energia. Assim, é preciso a ajuda da insulina para que o açúcar passe do sangue para o interior das células. Na Diabetes, há uma subida anormal e descontrolada do açúcar no sangue.

No nosso corpo, é o pâncreas que produz a insulina e a Diabetes Mellitus ocorre quando este órgão não funciona corretamente, ou seja, não produz nenhuma ou em quantidade suficiente, ou quando a insulina produzida não funciona eficazmente.

### O que é a insulina?

É uma hormona que tem funções importantes no corpo humano, particularmente no controle dos níveis de açúcar.

## Principais Tipos de Diabetes

**Diabetes tipo 1**  
(mais comum em crianças e jovens)

**Diabetes tipo 2**  
(tipo de Diabetes mais comum, cerca de 90% dos casos)

**Diabetes Gestacional**  
(ocorre durante a gravidez)

O pâncreas deixa de produzir insulina, o que leva a que a pessoa tenha que recorrer à insulina todos os dias.

É mais comum em pessoas obesas com mais de 40 anos, no entanto, os maus hábitos alimentares, o stress e o sedentarismo contribuem para o aparecimento deste tipo de Diabetes. O pâncreas produz insulina em quantidade insuficiente e existe uma resistência do organismo à insulina.

Presença de açúcar elevado no sangue durante a gravidez, que geralmente normaliza após o parto. No entanto, estas mães e os seus filhos, apresentam maior risco de desenvolverem Diabetes Tipo 2.

2

**INDIVÍDUO SAUDÁVEL**  
Receptor de insulina  
Insulina  
Glicose  
A glicose entra nas células.

**DIABETES TIPO 1**  
O pâncreas não produz insulina.  
Glicose  
A glicose não entra nas células.

**DIABETES TIPO 2**  
Resistente à insulina  
Insulina  
Glicose  
A glicose não entra nas células.

### Valores de referência da glicemia capilar

Jejum			
Hipoglicemia	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
	70 mg/dl	100 mg/dl	126 mg/dl

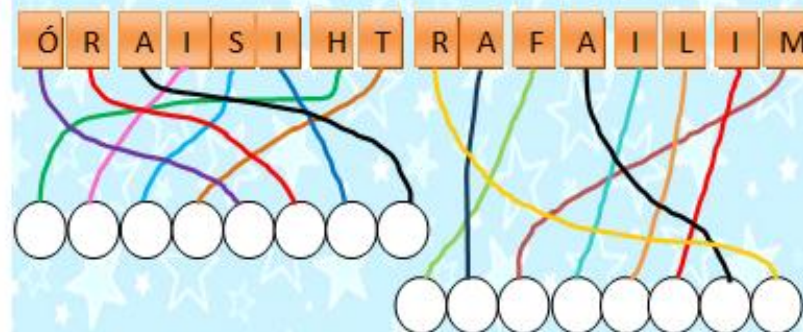
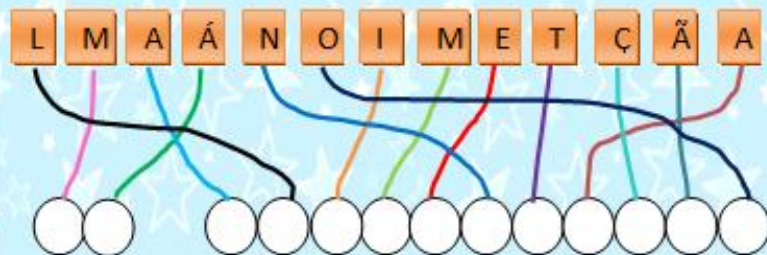
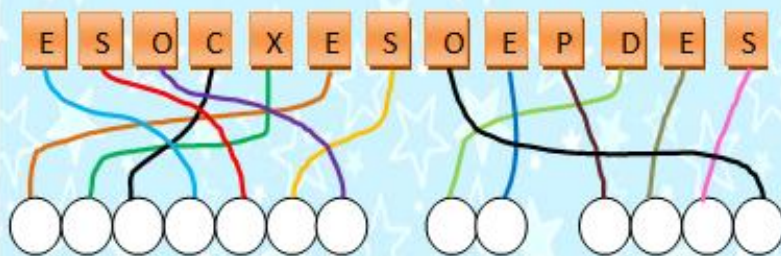
2 horas depois da refeição			
Hipoglicemia	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
	70 mg/dl	140 mg/dl	200 mg/dl

3

# Linhas e Letras

## Causas da Diabetes

Siga as linhas apresentadas para descobrir quais as principais causas da Diabetes.



Existem diversos fatores, que em conjunto, levam ao aparecimento da Diabetes, como o aumento de peso, a má alimentação, a história familiar e não praticar exercício físico.



# Jogo das Diferenças

## Sintomas da Diabetes

As imagens apresentadas, representam os sinais/sintomas associados à Diabetes.

Descubra as **SETE** diferenças entre as duas imagens.



Como foi possível observar nas imagens anteriores, os sintomas da Diabetes são:

- ✓ Aumento da fome (polifagia);
- ✓ Aumento da sede (polidipsia);
- ✓ Urinar muito (poliúria);
- ✓ Cansaço, fraqueza.

A pessoa pode apresentar um ou vários sintomas. Nem sempre estão presentes todos os sintomas.

6

# Jogo da Memória

## Hipoglicemia

(baixo nível de açúcar no sangue)

No envelope, irá encontrar peças com os principais sinais/sintomas da hipoglicemia. Vire as peças para baixo, e volte uma de cada vez, até encontrar duas peças iguais. O jogo termina, quando já não existirem peças voltadas para baixo.

A hipoglicemia acontece quando os níveis de açúcar no sangue descem abaixo dos 70 mg/dl.

Para evitar uma baixa de açúcar no sangue, é importante:

Medir o nível de açúcar; Ingerir hidratos de carbono; Comer de 3 em 3 horas; Não praticar exercício físico, sem antes, ter feito uma alimentação ligeira; Tomar corretamente a medicação.

7

# Puzzle

## Hiperglicemia

(aumento do açúcar no sangue)

No envelope, irá encontrar as peças para construir um puzzle com os principais sinais/sintomas da hiperglicemia.

A hiperglicemia, acontece, quando existe um aumento dos níveis de açúcar no sangue.

**Para prevenir, é importante**

- Estabilizar os níveis da glicemia
- Hábitos de vida saudáveis
- Cumprir a medicação
- Aumentar o consumo de água

8

# Palavras-Cruzadas

## Complicações da Diabetes

Preencha o diagrama, dando resposta às questões numeradas de 1 a 8 e apresentadas no seguinte quadro. Utilize as palavras que estão em volta do quadro.

Horizontal	Vertical
2. A neuropatia afeta os _____.	1. A Doença Coronária está relacionada com o _____.
4. O Pé Diabético é responsável por um grande número de _____.	3. O Pé Diabético está relacionado com as _____ nos pés.
6. A Doença Vascular Cerebral está relacionada com a _____ cerebral.	5. A Doença Vascular Periférica afeta as _____ dos membros inferiores.
7. A nefropatia afeta o _____.	
8. A retinopatia afeta a _____.	

Rim  
Coração  
Arterias  
Retina  
Nervos  
Feridas  
Amputações  
Irrigação

9

# Dominó

## Alimentação Saudável

Preencha os espaços, com as palavras sublinhadas, respeitando os cruzamentos entre elas.

Uma alimentação SAUDÁVEL e EQUILIBRADA faz parte da vida da pessoa com diabetes, juntamente com o exercício físico e a medicação. A ALIMENTAÇÃO saudável é essencial para CONTROLAR a glicemia, colesterol, triglicéridos, tensão arterial e manter o peso saudável, para prevenir COMPLICAÇÕES da diabetes.

Deve-se consumir os alimentos com moderação, sem exageros, para evitar o EXCESSO de PESO e outros problemas de SAÚDE. A alimentação ADEQUADA é composta por LEGUMES, VERDURAS, FRUTAS, CARNES, CEREAIS, LEITES e derivados. Estes grupos de ALIMENTOS devem ser consumidos diariamente, divididos entre as REFEIÇÕES.

É importante REDUZIR as gorduras e o sal e não estar mais do que 3 horas sem comer.

Verticais:	Horizontais:
Frutas	Saudável
Complicações	Refeições
Legumes	Alimentação
Adequada	Peso
Excesso	Leites
Reduzir	Alimentos
Carnes	
Saúde	

Verduras	Equilibrada	Controlar	Carnes
----------	-------------	-----------	--------

ALIMENTAÇÃO

ALIMENTOS



A Roda dos Alimentos é um símbolo do que se pretende como uma alimentação equilibrada. Cada grupo de alimentos ocupa um espaço correspondente à proporção em que deve estar presente na alimentação diária.

Uma alimentação saudável deve ser:

**Completa**

- Comer alimentos de todos os grupos e beber água diariamente;

**Equilibrada**

- Comer em maior quantidade os alimentos representados nas fatias de maior tamanho e em menor quantidade os que se encontram nas fatias de menor dimensão;

**Variada**

- Comer alimentos diferentes dentro de cada grupo, variando diariamente.

A água, representada no centro da roda, faz parte da constituição de todos os alimentos e é imprescindível à vida.

# Sopa de Letras

## A importância da água

Procure e marque, na sopa de letras, as palavras que se encontram sublinhadas.

A ÁGUA é um alimento indispensável à nossa SAÚDE.

A água é um NUTRIENTE que auxilia no bom funcionamento do nosso ORGANISMO. Por esse motivo, é muito importante beber, pelo menos, 1,5 LITROS durante o dia, principalmente nos INTERVALOS entre as refeições.

Todos devemos beber água, mas as pessoas diabéticas devem ter especial ATENÇÃO, porque alguns SINTOMAS da desidratação, podem ser iguais aos da hipoglicemia e hiperglicemia (açúcar baixo ou alto no sangue) e serem confundidos.

Toda a água que bebemos, deve ser TRATADA e FILTRADA, para prevenir doenças.

I N T E R V A L O S L D X  
O W U L R L P J Q M M N V  
T M D T S I N T O M A S A  
R P S D R Z J S W D M T N  
A S A I Y I A Q A J E T J  
T O U M N Ú E R N N N R Z  
A R G D D A T N ç Z Z Y K  
D T Á E B L G ã T W X X J  
A I B W I T O R T E D V Y  
Z L L F Y Q M R O B G B R

12

## Porque é importante beber água?



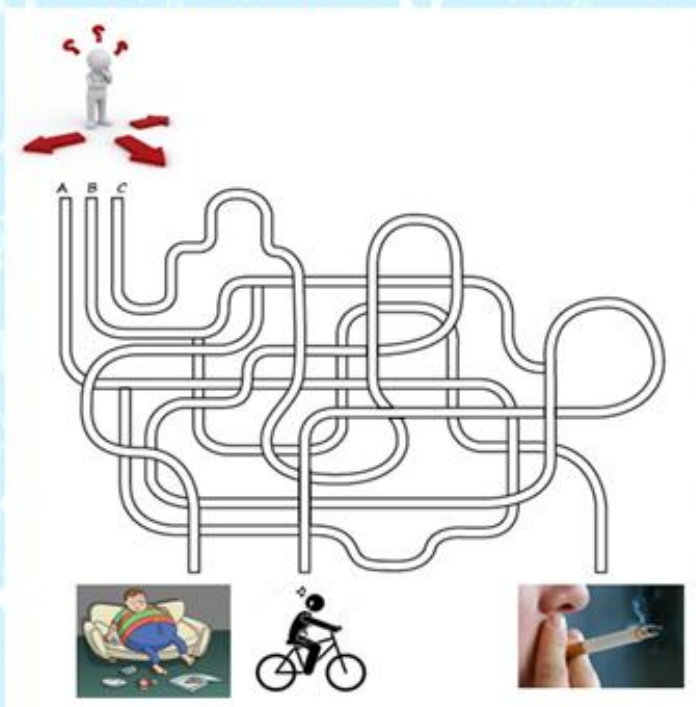
13

# Labirinto

## A importância do exercício físico

Neste jogo encontram-se 3 caminhos que levam a diferentes estilos de vida dos utentes diabéticos.

Descubra qual o caminho que leva a pessoa diabética ao comportamento mais adequado.



14

## Porque é importante fazer exercício físico?

Tem vários benefícios, como por exemplo:

- Estimula a produção de insulina e facilita o transporte da mesma para as células;
- Melhora a condição cardiovascular;
- Ajuda a diminuir o peso;
- Diminui a tensão arterial;
- Fortalece os músculos.



Cada pessoa pode fazer vários tipos de exercícios físicos, dependendo da sua idade, gosto e condição física.

Pode começar por realizar caminhadas diariamente, de cerca de 30 minutos ou pode deslocar-se ao ginásio, pedindo indicações ao técnico de desporto responsável acerca dos exercícios que deve realizar.

Como é diabético(a) deve ter cuidados antes de praticar exercício para não ocorrer uma baixa de açúcar no sangue. Por isso, é importante avaliar a glicemia capilar antes e depois do exercício e não praticar exercício em jejum.

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)

15



# Juntar Palavras

## Cuidados aos pés

Os utentes diabéticos devem dar muita importância aos seus pés. Cuidar dos pés previne o aparecimento de complicações.

Descubra alguns cuidados que deve ter com os seus pés, formando frases, através da junção das palavras de cada coluna, como mostra o exemplo.

	Coluna A	Coluna B	Coluna C
1	CORTAR	OS PÉS	UNHAS EM LINHA RETA SEM COSTURAS E ELÁSTICOS
2	USAR	OS ESPAÇOS	COM ÁGUA MORNIA ENTRE OS DEDOS
3	LAVAR	AS	PARA VER SE NÃO HÁ FERIDAS PARA HIDRATAR
4	LIMPAR BEM	CREME	
5	OBSERVAR	DE ALGODÃO, DE COR CLARA E OS PÉS, TODOS OS DIAS,	
6	USAR MEIAS		

- 1- \_\_\_\_\_  
 2- USAR CREME PARA HIDRATAR  
 3- \_\_\_\_\_

- 4- \_\_\_\_\_  
 5- \_\_\_\_\_  
 6- \_\_\_\_\_

## Cuidados que o utente diabético deve ter com os seus pés



Examinar os pés todos os dias e ver se não há bolhas, cortes, pele seca ou áreas vermelhas.



Secar muito bem os pés, principalmente os espaços entre os dedos.



Lavar os pés, todos os dias, com sabão.



Usar creme para hidratar, mas nunca colocá-lo nos espaços entre os dedos.



Não cortar as unhas muito curtas. Preferencialmente, deve ser utilizada a lima de cartão, tirando as unhas em linha reta.



Não deixar os pés muito tempo dentro de água.

Utilizar meias de algodão, sem costura e sem elástico.



Usar sapatos confortáveis, macios e sem costura.



Não andar descalço, nem usar sandálias, saltos altos ou sapatos apertados.



Antes de calçar os sapatos e as meias, ver se não há nada dentro que possa magoar o pé.



Não tratar calos ou verrugas em casa. Não cortar as cutículas ou os cantos das unhas.

## Mensagem Secreta

											
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>I</b>	<b>L</b>	<b>N</b>	<b>O</b>	<b>P</b>	<b>S</b>	<b>T</b>	<b>U</b>

Para finalizar o livro de passatempos acerca da Diabetes, gostaríamos de lhe deixar uma mensagem.

Cada letra corresponde a um símbolo diferente. Utilize as letras e os símbolos da tabela anterior, para descobrir a mensagem que temos para si.

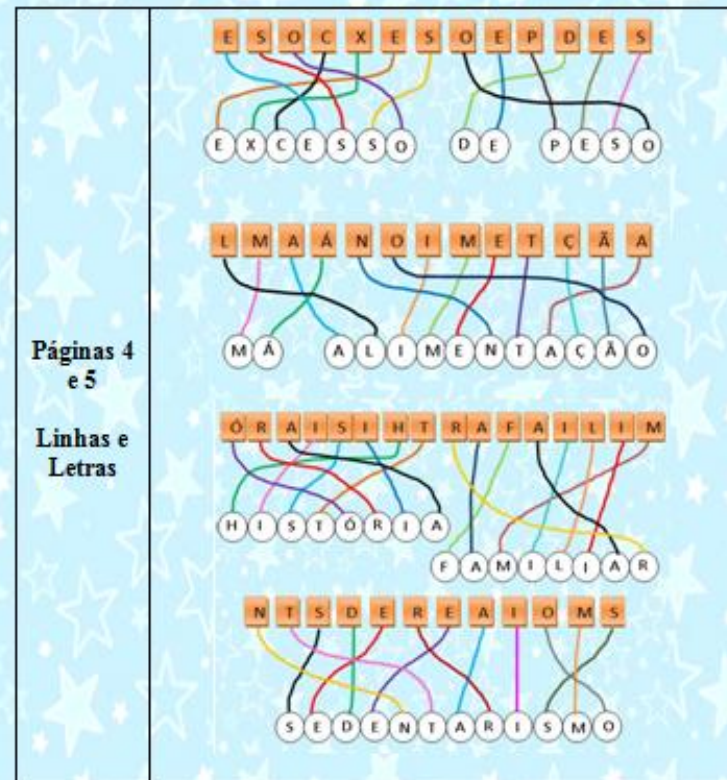
### MENSAGEM:

## Soluções





Página 16

Juntar Palavras

	Coluna A		Coluna B		Coluna C
1	CORTAR		OS PÉS		UNHAS EM LINHA RETA
2	USAR		OS ESPAÇOS		SEM COSTURAS E ELÁSTICOS
3	LAVAR		AS		COM ÁGUA MORNNA
4	LIMPAR BEM		CREME		ENTRE OS DEDOS
5	OBSERVAR		DE ALGODÃO, DE COR CLARA E		PARA VER SE NÃO HÁ FERIDAS
6	USAR MEIAS		OS PÉS, TODOS OS DIAS,		PARA HIDRATAR

- 1- CORTAR AS UNHAS EM LINHA RETA.
- 2- USAR CREME PARA HIDRATAR.
- 3- LAVAR OS PÉS COM ÁGUA MORNNA.
- 4- LIMPAR BEM OS ESPAÇOS ENTRE OS DEDOS.
- 5- OBSERVAR OS PÉS, TODOS OS DIAS, PARA VER SE NÃO HÁ FERIDAS.
- 6- USAR MEIAS DE ALGODÃO, DE COR CLARA E SEM COSTURAS E ELÁSTICOS.

Página 18

Mensagem Secreta



22

Diabetes: mais saber, melhor viver

Projeto de Intervenção Comunitária

Realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:



23

**Apêndice XIII – Certificados**

# Certificado



Certifica-se que o/a Sr. (a)

\_\_\_\_\_ esteve presente nas Sessões de Educação para a Saúde realizadas no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Diabetes: Mais saber, Melhor viver”, que decorreram no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo no período de novembro de 2017 a março de 2018, desenvolvidas pela Enfermeira Mestranda, pelo Enfermeiro Supervisor, pelo Enfermeiro Coordenador e os técnicos: psicólogo, nutricionista e técnico de desporto.

Ferreira do Alentejo, 23 de março de 2018

\_\_\_\_\_  
(Enf. Mestranda Inês Frederico, Enf. Jorge Gonçalves)

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Parceiros:



ULSBA CENTRO DE SAÚDE



UCC



# Certificado



Certifica-se que o (a) \_\_\_\_\_ (categoria profissional/nome) participou na \_\_\_ Sessão de Educação para a Saúde realizada no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária “Diabetes: Mais saber, Melhor viver”, com o tema \_\_\_\_\_, na qualidade de formador(a), num total de \_\_\_\_\_, que decorreu no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, no dia \_\_\_\_\_.

Ferreira do Alentejo, 23 de março de 2018

\_\_\_\_\_  
(Enf. Mastranda Inês Frederico, Enf. Jorge Gonçalves)

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem – especialidade em Enfermagem  
Comunitária e de Saúde Pública

Parceiros:



# Certificado de Reconhecimento



O Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo, mais concretamente a UCC "Cuidar Ferreira na Proximidade", confere o presente certificado à

---

em reconhecimento e agradecimento pela parceria desenvolvida durante o decorrer do Projeto de Intervenção Comunitária "Diabetes: Mais saber, melhor viver", entre os meses de outubro de 2017 e março de 2018.

A sua colaboração contribuiu significativamente para o desenvolvimento deste projeto, garantindo o sucesso do mesmo.

Ferreira do Alentejo, 23 de março de 2018

---

(Enf. Mestranda Inês Frederico, Enf. Jorge Gonçalves, Enf. Coordenador Mário Almeida)


Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.





**Apêndice XIV – Cartaz de Divulgação**

Projeto de Intervenção Comunitária



# Diabetes



## Educação para a Saúde


novembro de 2017 a março de 2018

**Destinatários:**  
Utentes diabéticos tipo 2,  
em idade ativa

**Local:**  
Centro de Saúde de Ferreira  
do Alentejo

Realizado no âmbito do Unidade em Enfermagem -  
Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde  
Pública

Com o apoio de:



Apêndice XV – **Artigo**

# MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
2004-2005-2006



Instituto Português de Saúde  
Escola Superior de Saúde  
de Évora

## Estágio Final

1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2º ANO | 1º SEMESTRE

Ano Letivo 2017/2018

## A Literacia em Saúde e a Diabetes

**Autora:**

Inês Frederico, nº 37183

Évora  
janeiro/2018

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
1828 - 1200 - Évora



Instituto de Saúde  
Instituto de Saúde



Escola Superior de Enfermagem  
Escola Superior de Enfermagem



IPS  
Instituto Português de Saúde  
Instituto Português de Saúde



Instituto de Saúde  
Instituto de Saúde  
Instituto de Saúde

### Estágio Final

1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2º ANO | 1º SEMESTRE

Ano Letivo 2017/2018

## A Literacia em Saúde e a Diabetes

**Autora:**

Inês Frederico, nº 37183

**Docente orientadora:**

Professora Maria Vitória Casas-Novas

**Enfermeiro Supervisor:**

Enfermeiro Jorge Gonçalves

Évora

janeiro/2018

## **A Literacia em Saúde e a Diabetes**

***Inês Ramos Frederico – Enfermeira, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Aljustrel, Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus/Universidade de Évora, Pt***

***E-mail de contacto: [ines\\_fred\\_13@hotmail.com](mailto:ines_fred_13@hotmail.com)***

## RESUMO

---

A Diabetes é uma doença crónica, cuja prevalência tem aumentado em todas as faixas etárias. Visto a literacia em saúde estar relacionada com as competências e conhecimentos das pessoas, para que possam tomar decisões acerca da sua saúde, pode-se referir que um nível adequado de literacia surge como essencial na autogestão da diabetes.

**Objetivo:** Identificar o nível de conhecimentos, bem como a adoção de comportamentos adequados, nos utentes diabéticos tipo 2, entre os 15 e os 64 anos, inscritos num Centro de Saúde da área de influência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. **Metodologia:** Estudo de abordagem quantitativa, transversal com um desenho descritivo-correlacional e amostragem probabilística aleatória simples. **Resultados:** A dimensão da sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia apresentou os níveis mais baixos de conhecimentos, seguindo-se a dimensão da doença, depois a do controlo da doença e com um nível maior de conhecimentos, as consequências da doença. Identificou-se a atividade física como o comportamento com menor adesão, posteriormente a alimentação geral, a alimentação específica e a monitorização da glicemia. As dimensões dos medicamentos e dos cuidados aos pés, revelaram-se com comportamentos mais adequados. **Conclusão:** O estudo demonstrou a necessidade do profissional de saúde intervir junto da população diabética, dotando-a de conhecimentos e capacidades que permitam ganhos em saúde.

**Descritores:** Diabetes Mellitus; Conhecimento; Comportamento; Promoção da Saúde; Qualidade de Vida

## INTRODUÇÃO

---

De acordo com Stanhope & Lancaster<sup>(1)</sup>, a enfermagem, pelo facto de ocorrer em vários contextos, inclui “a prevenção da doença, a promoção da saúde, a protecção da saúde, a vigilância, a educação, a manutenção, a restauração, a coordenação, a gestão e a avaliação dos cuidados a indivíduos, famílias, populações, incluindo comunidades”. Deste modo, o enfermeiro deve ter uma visão de planeamento, identificar as áreas de atuação e ter um papel preponderante na criação da mudança. Assim, é essencial que o mesmo compreenda os conceitos e teorias da saúde comunitária e saúde pública, estando esta última incluída no vasto campo da enfermagem de saúde comunitária e enfermagem centrada na comunidade<sup>(1)</sup>.

É neste contexto, e através do estudo de uma comunidade, que é possível identificar as necessidades de saúde da mesma, conhecer a realidade e encontrar estratégias de intervenção.

Doenças crónicas são doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta, sendo uma combinação de vários fatores genéticos, ambientais, fisiológicos e comportamentais<sup>(2)</sup>. Os fatores de risco que contribuem para estas doenças, são essencialmente, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, afetando tanto as crianças, como os adultos e os idosos<sup>(2)</sup>.

A Diabetes é uma doença crónica, que surge quando o pâncreas não produz insulina em quantidade suficiente, ou quando essa insulina não é utilizada eficazmente pelo corpo<sup>(3)</sup>.

Goldstein & Müller-Wieland<sup>(4)</sup>, referem que existem dois subtipos principais de diabetes, sendo eles, a diabetes tipo 1, e a diabetes tipo 2. O primeiro, é caracterizado por uma deficiência de insulina, pelo facto de existirem lesões destrutivas das células beta pancreáticas. Esta, normalmente surge em jovens. Já o segundo, engloba cerca de 80 a 90% dos casos de diabetes e é caracterizado por um distúrbio heterogéneo e poligénico, resultante da interação existente entre os genes de suscetibilidade e os estilos de vida/ambientais<sup>(4)</sup>.

Como mencionado na Norma 002/2011<sup>(5)</sup>, deve acrescentar-se, a diabetes gestacional (surge, durante a gravidez, devido a uma anomalia do metabolismo da glicose) e outros tipos específicos de diabetes, causados por algumas patologias (defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias ou induzida por fármacos/químicos).

No mundo, como abordado no Global Report on Diabetes<sup>(6)</sup>, esta doença, em 2012, causou 1,5 milhões de óbitos. No mesmo relatório, é referido que, em 2014, 422 milhões de pessoas no mundo tinham diabetes, com uma prevalência de 8,5% na população adulta. Em 2040, estima-se que o valor relativo ao número de pessoas com diabetes, suba para 642 milhões<sup>(7)</sup>. Globalmente, os níveis elevados de glicemia, são a causa de cerca de 7% e 8% das mortes, em homens e mulheres, respetivamente, entre os 20 e os 69 anos<sup>(6)</sup>.

Na Europa, existem aproximadamente 60 milhões de pessoas com diabetes, com idade igual ou superior a 25 anos<sup>(8)</sup>. A prevalência tem aumentado em todas as faixas etárias, afetando 10 a 15% da população, sobretudo pelo excesso de peso e obesidade, dieta inadequada e sedentarismo<sup>(8)</sup>. Como referido no Delivering for Diabetes in Europe<sup>(9)</sup>, a diabetes surge como uma causa significativa de morte prematura nas mulheres, onde cerca de 1 em 7 mortes nas mulheres entre os 50 e os 59 anos se deve a esta doença.

Em 2015, a prevalência estimada na população portuguesa em idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,3%<sup>(7)</sup>.

Com base nos dados do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico<sup>(10)</sup>, no Alentejo, a prevalência da Diabetes é a mais alta, comparativamente com as outras regiões de Portugal Continental.



Nos óbitos por causa de morte, o Instituto Nacional de Estatística [INE]<sup>(11)</sup>, demonstra que no Alentejo, a Diabetes apresenta uma percentagem de 4,8%, o Baixo Alentejo de 5,1% e o concelho de realização do estudo, uma percentagem de 3,8%.

A literacia surge na vida das pessoas e das sociedades, sendo fundamental no desenvolvimento social e humano. De acordo com Nunes & Sousa<sup>(12)</sup>, a literacia, a educação e a saúde apresentam uma grande ligação entre si, pois, vários investigadores referem que é através da literacia em saúde que existe uma relação entre a educação e os resultados na saúde. É necessário que exista literacia em saúde para uma melhoria dos níveis de saúde de uma população<sup>(13)</sup>.

Segundo o Despacho nº 3618-A/2016<sup>(13)</sup>, a literacia em saúde é definida como “a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado”.

Pode ainda acrescentar-se que a literacia em saúde se relaciona com “as competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre os cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável”<sup>(14)</sup>. Para além dos conhecimentos, é essencial, que as pessoas os saibam interpretar e compreender, de modo a conseguirem arranjar soluções que levem a estilos de vida mais saudáveis.

Através do referido anteriormente, é possível fazer uma relação entre a literacia em saúde e a diabetes, na medida em que na diabetes, a literacia relaciona-se com o conhecimento da doença, a comunicação entre o doente e o profissional de saúde, a autoeficácia, o autocuidado, a adesão à terapêutica e o controlo da glicemia<sup>(15)</sup>. Deste modo, é possível verificar que um nível de literacia adequado revela-se muito importante na autogestão da doença.

Este estudo foi realizado num Centro de Saúde/Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] da área de influência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. Ficou demonstrado através de uma reunião com a equipa de enfermagem que a autogestão na Diabetes era uma problemática já identificada. Concomitantemente a esse facto, a pesquisa bibliográfica efetuada e os dados recolhidos no Centro de Saúde e ULSBA<sup>(16)</sup>, demonstrando que apenas 35,1% dos utentes entre os 15 e 64 anos, utilizaram os serviços para realização da consulta de vigilância, consolidaram a necessidade de estudar a problemática da Diabetes.

Definiu-se como população-alvo, os utentes diabéticos tipo 2, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, inscritos no Centro de Saúde.

Para a sua concretização, aplicou-se um questionário, dividido em três secções.

Este estudo, apresenta como objetivo: identificar o nível de conhecimentos, bem como a adoção de comportamentos adequados, nos utentes diabéticos tipo 2, entre os 15 e os 64 anos, inscritos num Centro de Saúde da área de influência da ULSBA. Como finalidade, apresenta: promover a literacia em saúde, potenciando comportamentos adequados, através da implementação de um projeto de intervenção comunitária junto da população-alvo.

Foram realizadas pesquisas acerca do tema em estudo, e encontrados alguns estudos realizados nesta área, mais concretamente direcionados para a literacia em saúde e os comportamentos adotados pelos utentes diabéticos. Esses estudos incluem um realizado pela autora da tradução das escalas utilizadas neste estudo, Bastos em 2004, que apresenta resultados sobre adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2; um estudo de Sousa & McIntyre em 2008 acerca do conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento; um estudo de Gomes em 2011 acerca do conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença e um estudo de Guerra em 2012 sobre o empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2. Estes permitiram uma análise mais aprofundada do tema, bem como realizar comparações no que se refere a resultados.

## **METODOLOGIA**

---

Estudo de abordagem quantitativa, transversal com um desenho descritivo-correlacional e amostragem probabilística aleatória simples.

O estudo foi realizado num Centro de Saúde/UCC, pertencente à ULSBA.

### **População e Amostra**

No Centro de Saúde, foram recolhidos os dados relativos ao número total de utentes diabéticos inscritos. Desses, 798 apresentam diabetes tipo 2, sendo selecionados 258 utentes, por se encontrarem entre os 15 e os 64 anos. Deste modo, definiu-se como população-alvo para este estudo, os utentes diabéticos tipo 2, sendo calculada uma amostra representativa de 15%, perfazendo o total de 39 utentes. A amostra foi definida aleatoriamente, através do programa Microsoft Office Excel 2007, com a função =ALEATÓRIOENTRE (inferior; superior). Assim, a amostra foi: 39 utentes diabéticos tipo 2, entre os 15 e 64 anos, inscritos no Centro de Saúde.

### **Instrumentos de Colheita de Dados**

Foi utilizado um instrumento (questionário), dividido em três secções: dados sociodemográficos, conhecimentos sobre a diabetes e a escala de atividade de autocuidado com a diabetes, cuja aplicação decorreu no período de 24 de maio de 2017 a 16 de junho de 2017.

As estratégias utilizadas para a recolha, foram, inicialmente através de contacto telefónico com cada um dos utentes, e posteriormente, dependendo da disponibilidade dos mesmos, alguns dirigiram-se ao Centro de Saúde e uma grande parte, foi efetuada no porta-a-porta. A última estratégia referida, permitiu não só a recolha de dados, como também uma proximidade com a pessoa, e com o meio em que está inserida. Antes da aplicação de cada questionário, cada participante foi informado do objetivo do mesmo, bem como da confidencialidade, carácter voluntário e esclarecidas todas as dúvidas existentes.

- **Dados sociodemográficos**

Nesta secção do questionário, foi compreendida a caracterização sociodemográfica, estando incluídos os dados relativos à idade, sexo, estado civil, com quem vive, habilitações literárias, condição face ao emprego. Também é apresentada uma questão relativa ao valor da HbA1c, registado na última consulta. A forma como foi apresentado este valor ( $\leq 8,0\%$  ou  $> 8,0\%$ ) teve por base o programa informático Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais [MIMUF]. Os dados, relativos ao valor da HbA1c de cada utente, foram consultados no programa informático SClínico. Ambos os programas estão disponíveis no Centro de Saúde. Esta secção foi elaborada pelo autor do estudo.

- **Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes**

Segundo a autora da tradução do questionário<sup>(17)</sup>, este, tem como objetivo avaliar os conhecimentos que os utentes diabéticos têm acerca da sua doença. De entre os 24 itens, estes foram divididos em 4 dimensões, tal como refere Gomes<sup>(18)</sup>: “doença (8 itens), consequências da doença (7 itens), controlo da doença (5 itens) e sintomatologia de hipoglicémia e hiperglicémia (4 itens)”. Ainda de acordo com Bastos<sup>(17)</sup>, as respostas que demonstram conhecimentos corretos adquiriram o valor de 1, enquanto as respostas com conhecimentos errados ou desconhecidos, adquiriram o valor 0. Deste modo, o questionário foi analisado tendo em conta os conhecimentos demonstrados em cada dimensão e no geral, onde se verifica que quanto maior for a pontuação obtida, maior o nível de conhecimentos, considerando-se que o valor 24 (número total de itens) equivale ao 100% de conhecimentos.

- **Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes**

Apresenta 7 dimensões: alimentação, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicémia, cuidados aos pés, medicamentos e hábitos tabágicos e tem como objetivo avaliar os comportamentos de autocuidado com a Diabetes. De acordo com as autoras da tradução e

adaptação para portugueses<sup>(19)</sup>, esta escala, está representada por dias da semana, de 0 a 7 dias e corresponde aos comportamentos adotados pelos utentes nos últimos 7 dias, onde o zero representa a situação menos desejável e conseqüentemente, sete a mais favorável. Na dimensão correspondente à alimentação específica, os valores foram considerados inversamente, ou seja, ao 0 equivale a 7, e assim sucessivamente, pois estas variáveis pontuariam na negativa, tal como definido pelas autoras da tradução e adaptação. Logo, quanto maior a pontuação adquirida em cada dimensão, mais adequados são os comportamentos dos utentes. A dimensão dos hábitos tabágicos foi considerada separadamente às outras questões, pois está codificada de forma diferente<sup>(19)</sup>.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato). Como forma de garantir a confidencialidade dos dados recolhidos no questionário, criou-se a codificação do mesmo, atribuindo-lhe um número. Relativamente ao local onde o estudo foi realizado, pertencendo este à ULSBA, foram enviados, através de correio eletrónico e via EDOC, os pedidos de autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética e aos coordenadores de cada unidade funcional do Centro de Saúde, acerca da recolha de dados e aplicação dos questionários. No que concerne aos instrumentos de colheita de dados, foi efetuado um pedido de autorização à autora das escalas apresentadas, para proceder à sua aplicação, através de correio eletrónico.

De forma a realizar a análise de dados obtidos, foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences [SPSS]*, versão 24.

## RESULTADOS

No que respeita à idade dos utentes da amostra, verificou-se que uma grande parte dos utentes apresenta idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos (92,3%, n=36).

Quanto ao sexo, os dados demonstraram que, 56,4% (n=22) eram do sexo masculino e 43,6% (n=17), do sexo feminino.

Observou-se uma predominância do estado civil Casado(a)/União de facto (71,8%, n=28), por outro lado, o estado civil Divorciado(a)/Viúvo(a)/Solteiro(a) surge com uma percentagem de 28,2% (n=11).

Constatou-se que 33,3% (n=13) dos participantes vive com o cônjuge, seguidos dos que vivem com o cônjuge e o filho(a) (25,6%, n=10) e posteriormente, encontram-se os que vivem sozinhos (12,8%, n=5). Com percentagens mais pequenas (5,1%, n=2), estão os utentes que vivem com o companheiro(a), filho(a), cônjuge e sogra. Ainda com menor percentagem (2,6%, n=1), encontram-se os que vivem com o irmão(a), com o companheiro(a), filho(a), mãe, com o companheiro(a), enteado(a), com o cônjuge, neto(a) e com o companheiro(a), filho(a), neto(a).

Os resultados (gráfico 1) demonstraram que existem um predomínio dos utentes com o 1º ciclo (41%, n=16), seguindo-se aqueles que apresentaram como habilitações literárias, o 2º ciclo (15,4%, n=6) e com a mesma percentagem o 3º ciclo. O nível de ensino de 12º ano e o ensino superior, ambos apresentaram uma percentagem de 10,3% (n=4). 5,1% da amostra (n=2), são analfabetos(as) e/ou sem escolaridade e 2,6% (n=1), sabe ler e escrever.

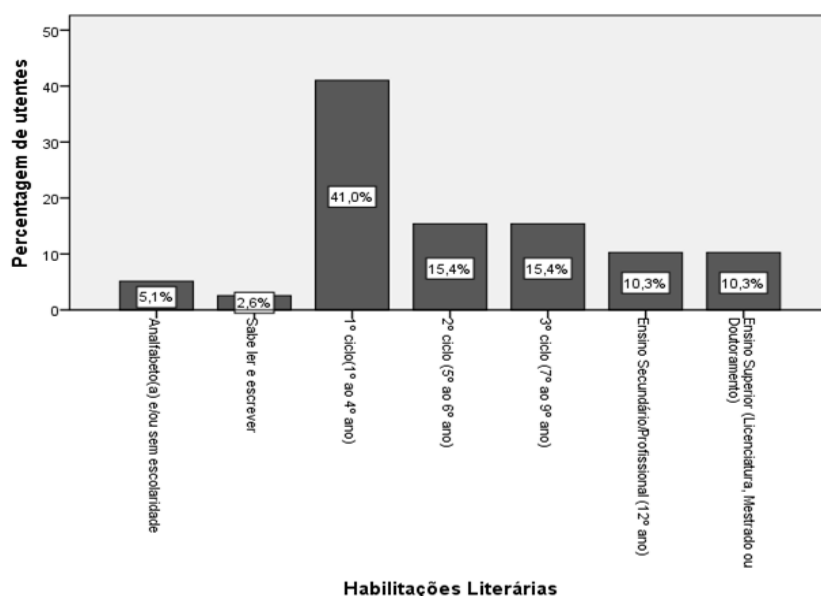


Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias  
Fonte: Elaborado pelo autor

Na condição face ao emprego, foram prevalentes os utentes reformados com 38,5% (n=15). Verificou-se uma variedade de profissões, sendo que o trabalhador agrícola assumiu a segunda percentagem mais alta com 20,5% (n=8). Os desempregados surgiram com 15,4% (n=6).

O valor de HbA1c menor ou igual a 8,0%, foi o que apresentou uma maior percentagem, 69,2% (n=27), contudo uma percentagem considerável (30,8%, n=12) apresentaram o valor superior a 8,0%.

No que concerne aos conhecimentos dos utentes sobre a diabetes, observou-se na dimensão da doença, que a percentagem de respostas corretas foi de 58,3% (n=182). O item 1 foi aquele onde existiram menos respostas corretas (7,7%, n=3) e no item 5 foi onde existiram mais respostas corretas (97,4%, n=38).

Na dimensão das consequências da doença, constatou-se que a percentagem de conhecimentos adequados foi de 83,9% (n=229). No item 16 houve uma percentagem de 100% de respostas corretas (n=39), já no item 17 verificou-se o menor número de conhecimentos apropriados (38,5%, n=15).

No controlo da doença, a percentagem de conhecimentos adequados foi de 69,2% (n=135). O item onde existiram mais conhecimentos foi o item 18 (97,4%, n=38) e onde existiram menos foi o item 24 (28,2%, n=11).

Na última dimensão (sintomatologia da hipoglicémia e hiperglicémia), no geral, a percentagem de conhecimentos apropriados foi de 42,3% (n=66). O item 8 foi aquele onde se revelaram maiores conhecimentos (85,6%, n=33) e no item 21 onde existiram menos respostas corretas (15,4%, n=6).

No geral, verificou-se, de acordo com o gráfico 2, que 5,1% (n=2) dos utentes respondeu corretamente a 8, 18, 19 e 21 questões, 2,6% (n=1) apresentaram respostas corretas a 11 e 12 questões, 12,8% (n=5) a 13 e 15 questões, 10,3% (n=4) a 14 questões, 15,4% (n=6) a 16 e 17 questões e 7,7% (n=3) a 20 questões.

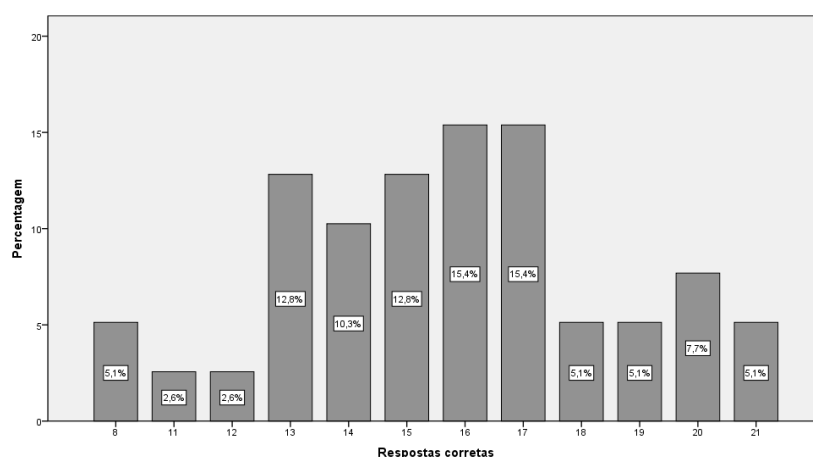


Gráfico 2 - Percentagem de utentes diabéticos tipo 2, de acordo com o número de respostas corretas, no geral

Fonte: Elaborado pelo autor

Pode-se verificar através da tabela 1, que do total de respostas do questionário (24), 4 utentes responderam de 7 a 12 perguntas corretamente, 28, entre 13 e 18 perguntas e 7, a mais de 18.

Nível de Literacia	Número de respostas corretas	Número de utentes de acordo com as respostas corretas
Inadequado	Entre 0 e 6 respostas	0
Problemático	Entre 7 e 12 respostas	4
Suficiente	Entre 13 e 18 respostas	28
Excelente	Mais que 18 respostas	7

Tabela 1 – Número de utentes de acordo com o nível de literacia

Fonte: Elaborado pelo autor

Relativamente à escala de atividade de autocuidado com a diabetes, na dimensão da alimentação, a percentagem de utentes que adotam comportamentos adequados, foi de 36,8%

(n=43). O item 25, relacionado com os dias em que o utente seguiu uma alimentação saudável, foi aquele onde se revelaram comportamentos mais desadequados (23,1%, n=9).

Na alimentação específica, 37,2% (n=87) dos utentes diabéticos adotaram comportamentos adequados nesta dimensão, sendo que no item 29, foi onde se revelaram os comportamentos menos adequados, com uma percentagem de 46,2% (n=18).

Na dimensão da atividade física, 14,1% (n=11) dos inquiridos referiram ter comportamentos adequados. Foi o item 35 que se revelou uma percentagem mais baixa (5,1%, n=2) em termos de adequação de comportamentos.

Na dimensão da monitorização da glicemia, os dados revelaram uma adesão de 48,7% (n=38). Quanto ao item 36, 15,4% (n=6) dos utentes revelaram que não realizam este comportamento em nenhum dia da semana e 33,3% (n=13) em 7 dias na semana. Sobre o item 37, 5,1% (n=2) dos utentes disseram que aplicam este comportamento em 0, 2 e 5 dias na semana, 2,6% (n=1) em 1 dia, 7,7% (n=3) em 3 dias, 10,3% (n=4) em 4 dias, 64,1% (n=25) em 7 dias.

Os cuidados aos pés surgiram com uma percentagem de 83,8% (n=98). O item que revelou a maior adesão foi o item 39 com 94,9% (n=37), seguindo-se o item 40 (84,6%, n=33) e por fim, o item 38 (71,8%, n=28).

Na dimensão dos medicamentos, existiu uma percentagem de 74,4% (n=29) que cumprem este comportamento, 7 dias por semana.

Relativamente aos hábitos tabágicos, 34 utentes referiram que não fumam (87,2%) e 5 responderam que sim (12,8%).

No geral da Escala, do total de comportamentos adequados (119), pode observar-se no gráfico 3, a relação entre as percentagens de utentes e adoção dos comportamentos.

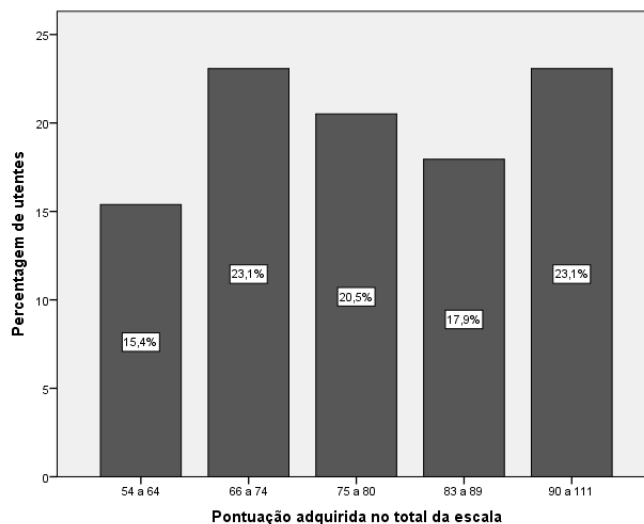


Gráfico 3 - Percentagem de utentes, de acordo com a adoção de comportamentos adequados (pontuação total adquirida), no geral

Fonte: Elaborado pelo autor

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados, revelaram que uma grande parte dos utentes, apresentam idades entre os 55 e 64 anos, prevalecendo os utentes do sexo masculino. Apesar de ser uma amostra aleatória, podem-se confrontar estes dados com os apresentados por outros autores<sup>(7)</sup>, onde se verificou que a diabetes em Portugal, no ano de 2015, era mais prevalente nos utentes do sexo masculino, com uma percentagem de 15,5%.

Ao nível das habilitações literárias, os resultados demonstraram um predomínio dos utentes com o 1º ciclo, divergindo dos dados do INE<sup>(20)</sup>, que apontam para uma maioria da população com o ensino secundário concluído. A mesma fonte<sup>(20)</sup>, revelou que, no nosso país, a menor percentagem encontrada, abrange as pessoas sem escolaridade. Também no presente estudo, este facto se verificou.

Na condição face ao emprego, destacaram-se os utentes reformados. Das profissões referidas, predominou o trabalhador agrícola, estando esta situação em conformidade com Silva<sup>(21)</sup> que refere que no concelho onde foi realizado o estudo, as principais atividades, em termos económicos são a agricultura e a pecuária.

O valor de HbA1c menor ou igual a 8,0% verificou-se em 27 dos 39 utentes estudados. Em concordância com os dados constantes no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes<sup>(7)</sup>, em Portugal, a percentagem de utentes diabéticos com HbA1c menor ou igual a 8,0% é consideravelmente superior, comparando com os que apresentam este valor maior do que 8,0%.

No que concerne aos conhecimentos que os utentes diabéticos têm acerca da sua doença, foi na dimensão das consequências da doença que se encontraram os níveis de conhecimentos mais elevados. Verificou-se também que é na dimensão da sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia que existem menos conhecimentos por parte dos utentes diabéticos. Entre as dimensões referidas, estão a dimensão do controlo da doença e a dimensão da doença, sendo que a primeira, apresentou um nível de conhecimentos superior à segunda. No geral das dimensões, o controlo da doença surgiu em segundo lugar tendo em conta os conhecimentos mais adequados, com uma percentagem superior a 50%.

Outros autores<sup>(17,18)</sup>, comprovam que é na dimensão das consequências da doença que existem níveis de conhecimentos mais elevados. Na sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia, este estudo vai de encontro ao de outra autora<sup>(17)</sup>, com níveis mais baixos de conhecimentos. No entanto, outro estudo<sup>(18)</sup>, diverge deste, revelando nesta dimensão, uma percentagem superior a 50% de conhecimentos adequados. Outros autores<sup>(22)</sup>, demonstraram semelhanças com o estudo apresentado, no que se refere ao controlo da doença,



apresentando níveis elevados de conhecimentos. Já num outro estudo<sup>(18)</sup>, a doença e o seu controlo, apresentaram uma percentagem igual ou superior a 50% de respostas erradas.

Pode-se relacionar as habilitações literárias com o nível de conhecimentos apresentados pelos utentes diabéticos tipo 2. Verificou-se que os utentes diabéticos tipo 2 analfabetos e/ou sem escolaridade responderam a 8 das 24 questões, corretamente. Já aqueles com ensino secundário/profissional e ensino superior foram os que apresentaram conhecimentos mais adequados, com 18, 20 e 21 respostas corretas. Tal como apresentado no relatório de alguns autores<sup>(14)</sup>, nos utentes com níveis de educação até ao ensino básico, os níveis de literacia encontram-se maioritariamente no problemático e inadequado, enquanto no ensino secundário e superior prevalecem os níveis de excelente e suficiente.

Relativamente aos comportamentos adotados pelos utentes diabéticos, observou-se que a dimensão da escala de autocuidado que apresentou maior défice em termos de adesão ao comportamento adequado foi a relacionada com a atividade física. Em seguida, surgiu a alimentação em geral e com uma diferença mínima, a alimentação específica. A monitorização da glicemia surgiu em 4º lugar, apesar de ter uma percentagem aproximada dos 50%. Onde se demonstraram comportamentos mais adequados, foram nas dimensões dos cuidados aos pés e nos medicamentos, sobressaindo os cuidados aos pés.

Os dados desta amostra, tanto na alimentação em geral como na específica, demonstraram que os utentes não cumprem uma alimentação adequada. Contrariamente a estes dados, estão os apresentados noutra estudo<sup>(23)</sup>, onde estas dimensões são consideradas como tendo comportamentos adequados. Foi no item relacionado com o comer pão acompanhado às refeições, que se revelaram os comportamentos menos adequados. Estes dados vão de encontro aos obtidos por outra autora<sup>(23)</sup>, onde o consumo de pão é comum às refeições.

O estudo revelou que a adesão ao exercício físico é baixa, como também é possível verificar nos resultados acerca de Portugal. Como demonstrando por alguns autores<sup>(24)</sup>, a prevalência da prática de exercício físico regular entre os portugueses é de 23%. Ainda de acordo com os mesmos autores<sup>(24)</sup>, os diabéticos apresentam uma maior consciencialização da importância do exercício relativamente ao geral dos portugueses, contudo não se verificam alterações na sua prática. Também um estudo já referido<sup>(23)</sup>, revelou que a prática de atividade física é um comportamento que apresenta pouca adesão.

Observou-se que a maioria dos utentes realiza a monitorização da glicemia, 7 dias por semana. Pelo contrário, outro estudo<sup>(23)</sup>, revelou uma percentagem superior a 50%, de utentes que não realizaram a monitorização da glicemia capilar nos sete dias da semana.

Os cuidados aos pés surgiram como a dimensão onde os comportamentos se revelaram mais adequados. Pelo contrário, os resultados de outra autora<sup>(23)</sup>, demonstraram que nesta dimensão houve uma fraca adesão por parte dos utentes diabéticos.

Verificou-se uma percentagem considerável de pessoas que aderem à medicação, cumprindo maioritariamente em 7 dias da semana, revelando-se estes dados semelhantes aos estudos de alguns autores<sup>(23,25)</sup>.

De acordo com um relatório<sup>(14)</sup>, os níveis de literacia são definidos em: excelente, suficiente, problemático e inadequado. Nesta linha de pensamento, dos inquiridos, uma percentagem relevante, demonstrou ter níveis suficientes de conhecimentos acerca da Diabetes, no entanto não apresentaram comportamentos adequados.

## **CONCLUSÃO**

---

Este estudo permitiu identificar as necessidades da população diabética, no que se refere aos conhecimentos e comportamentos adotados, dando resposta ao objetivo definido inicialmente. Esta identificação surge como essencial, para que posteriormente sejam definidas intervenções que permitam ganhos em saúde.

Conjuntamente a este facto, é essencial, que exista uma relação eficaz entre o utente, a família e a equipa de saúde, pois esta, causa impacto tanto no indivíduo, como em todos os que estão à sua volta.

Conclui-se que a literacia em saúde e a diabetes relacionam-se, na medida, em que o desenvolvimento da primeira leva à promoção de comportamentos mais adequados. Em conformidade com o apresentado, verifica-se que a diabetes, a literacia em saúde e consequentemente a capacitação dos utentes diabéticos, é uma área onde é fundamental que exista intervenção por parte dos profissionais de saúde. Estes, devem dotar os utentes diabéticos de conhecimentos e capacidades, que permitam uma maior autonomia e melhores resultados em saúde. A utilização de estratégias, como programas educacionais e de gestão da diabetes, assumem um papel preponderante na melhoria da qualidade de vida destes utentes.

Os problemas identificados neste estudo, justificam a intervenção por parte dos profissionais de saúde, através da implementação de um projeto de intervenção comunitária. Este, será uma mais-valia e trará benefícios para todos os que estão envolvidos no mesmo. No contexto de organização dos serviços de saúde, este surge como uma forma proficiente de planeamento de intervenções de proximidade direcionadas às necessidades de saúde dos utentes. Os profissionais serão capazes de colocar em prática os seus conhecimentos, de adquirir novos e desenvolverem as competências do enfermeiro especialista. Já os participantes, para além da aquisição de conhecimentos que lhes permitam adotar comportamentos adequados, podem beneficiar de uma vasta partilha de experiências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7 ed. Loures: Lusodidacta; 2011.
2. World Health Organization [WHO]. Noncommunicable diseases. 2017 [citado em 2017 21 junho]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
3. World Health Organization [WHO]. Diabetes – Fact sheet. 2017 [citado em 2017 5 Outubro]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
4. Goldstein B, Müller-Wieland D. Diabetes Tipo 2 – Princípios e Prática. Fascículo I. 2 ed. Algés: EUROMÉDICE, Edições Médicas, Lda. 2008.
5. Direção Geral de Saúde [DGS]. Norma nº 002/2011 - Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. 2011[citado em 2018 9 janeiro]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011.aspx>.
6. World Health Organization [WHO]. Global Report on Diabetes. 2016 [citado em 2017 3 outubro]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf).
7. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016. 2016 [citado em 2017 6 outubro]. Disponível em: <http://www.spd.pt/index.php/observatorio-mainmenu-330>.
8. WHO Regional Office For Europe. World Health Day 2016 – Background. 2016 [citado em 2017 7 outubro]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/about-us/whd/world-health-day-2016-beat-diabetes/background>.
9. WHO Regional Director for Europe. Delivering for Diabetes in Europe. Bruxelas; 2010 [citado em 2017 23 junho]. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/128059/RD\\_speech\\_Diabetes\\_Brussels\\_Dec\\_2010.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/128059/RD_speech_Diabetes_Brussels_Dec_2010.pdf?ua=1).
10. Instituto Nacional de Saúde – Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa; 2016. [citado em 2017 21 junho]. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3832>.
11. Instituto Nacional de Estatística [INE]. Óbitos por algumas causas de morte % - Municípios. 2017 [citado em 2017 5 outubro]. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-373](https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-373).
12. Nunes L, Sousa M. Memorando -Bioética e Saúde Mental. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: 2014 [citado em 2017 15 junho]. Disponível em:

- [http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1413213552\\_P%2077%20Saude%20Mental%202014%20MEMORANDO.pdf](http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1413213552_P%2077%20Saude%20Mental%202014%20MEMORANDO.pdf).
13. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série – nº49 – 10 de março de 2016 – Despacho nº. 3618-A/2016. Serviço Nacional de Saúde: 2016 [citado em 2018 10 janeiro]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/03/11/saude-literacia-e-autocuidados/>.
  14. Espanha R, Ávila P, Mendes R. Relatório Síntese - Literacia em Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016. [citado em 2017 13 junho]. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/literacia-em-saude-em-portugal/>.
  15. Bailey S, Brega A, Crutchfield T, Elasy T, Herr H, Kaphingst K et al. Update on Health Literacy and Diabetes. *Jornal The Diabetes Educator*. 2014 [citado em 2018 10 janeiro]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174500/>.
  16. Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. Consultas por programas de saúde. Beja:2017
  17. Bastos F. Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 6º Curso de mestrado em saúde pública; 2004 [citado em 2017 15 junho]. Disponível em: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9654/2/5038\\_TM\\_01\\_C.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9654/2/5038_TM_01_C.pdf)
  18. Gomes S. A Diabetes Mellitus como determinante em saúde e envelhecimento: o conhecimento do diabético e a presença de complicações da doença. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa – Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de mestrado em saúde e envelhecimento; 2011 [citado em 2017 15 junho]. Disponível em:<https://run.unl.pt/bitstream/10362/5740/1/Gomes%20Sónia%20TM%202011.pdf>
  19. Bastos F, Severo M, Lopes C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Serviço de Higiene e Epidemiologia*. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto. *Acta Med Port*; 20: 11-20. 2007 [citado em 2017 15 junho]. Disponível em:[actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/836/512](http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/836/512).
  20. Instituto Nacional de Estatística [INE]. População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%) – Portugal. 2017 [citado em 2017 21 junho]. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266).
  21. Silva M. Caracterização Sócio-económica do Distrito de Beja. REAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal Núcleo Distrital de Beja. 2008 [citado em 2017 13 junho]. Disponível em: [www.eapn.pt/ficheiro/7f99894fc7f7dd5f6dac36d0016f5f97](http://www.eapn.pt/ficheiro/7f99894fc7f7dd5f6dac36d0016f5f97).

22. Sousa M, McIntyre T. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. RBPS 2008; 21 (4): 281-289. 2008 [citado em 2017 21 junho]. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/574/2238>.
23. Guerra M. Empoderamento da pessoa com diabetes tipo 2. Beja: Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde. 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária; 2012 [citado em 2018 10 janeiro]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/3949>.
24. Mendes R, Dias E, Gama A, Castelo-Branco M, Themudo-Barata J. Prática de exercício físico e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2 – estudo piloto em Portugal. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. 2013. Volume 8, Issue 1, Pages 9-15. [citado em 2017 20 junho]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646343913000023>.
25. Faria H, Santos M, Arrelias C, Rodrigues F, Gonela J, Teixeira C et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(2):257-63. 2014 [citado em 2017 22 junho]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf).

**Apêndice XVI – Estimativa de custos**

Atividades	Recursos			Custos
	Humanos	Materiais	Tempo	
Aplicação dos questionários para o diagnóstico de situação e avaliação intermédia	2 enfermeiros (enfermeira mestranda e enfermeiro supervisor)	2 canetas 78 folhas A4 117 impressões do questionário	20 h	2 X (20 h de trabalho de enfermagem X 7,50 euros) = 300 euros
		Viatura para deslocação	Deslocação de ida e volta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Ferreira do Alentejo a Alfundão (11,3 km)</li> <li>• De Ferreira do Alentejo a Figueira dos Cavaleiros (9,8 km)</li> <li>• De Ferreira do Alentejo a Odivelas (13,6 km)</li> <li>• De Ferreira do Alentejo a Canhestros (16,4 km)</li> </ul>	2 canetas (2 X 0,17 euros) = 0,34 euros 78 folhas A4 (78 X 0,01)= 0,78 euros 117 impressões a preto e branco (117X0,10)= 11,7 euros  Valor total relativo aos Km: 4X (11,3 km X 0,36 euros) = 16,27 euros 4 X (9,8 km X 0,36 euros) = 14,11 euros 4X (13,6 km X 0,36 euros) = 19,58 euros 4 X (16,4 Km X 0,36 euros) = 23,62 euros

Reunião de divulgação dos resultados do diagnóstico de situação e apresentação do projeto (aos enfermeiros da UCC e UCSP de Ferreira do Alentejo e aos diferentes parceiros)	2 Enfermeiros (enfermeira mestranda e enfermeiro supervisor)	1 Computador 1 Tela 1 Datashow 1 Pendrive 2 t-shirts com os símbolos relativos ao projeto  5 impressões dos cartazes de divulgação em A3 5 impressões dos cartazes em A4	Duração da sessão: 1h, cada uma	2 X (1h de trabalho de enfermagem X 7,50 euros) = 15 euros  2 t-shirts X 3 euros = 6 euros 2 estampagens X 1,25 euros = 2,50 euros (total = 8,50 euros)  5 impressões em A3 X 1,25 = 6,25 euros  5 impressões em A4 X 1 = 5 euros
Reunião de divulgação dos resultados do diagnóstico de situação e apresentação do projeto dirigida aos utentes	2 Enfermeiros (enfermeira mestranda e enfermeiro supervisor)	1 Computador 1 Tela 1 Datashow 1 Pendrive	Duração da sessão: ½ h	2 X (1/2 h de trabalho de enfermagem X 3,75 euros) = 7,50 euros
1ª Sessão de Educação para a Saúde “A Teia da Diabetes e da Motivação” (nesta serão incluídas as sessões de apresentação do participantes e da motivação dos mesmos)	2 Enfermeiros (enfermeira mestranda e enfermeiro supervisor, que permaneceram durante toda a sessão)	1 Novela de lã Papel (6 Folhas A4)  14 Blocos (utentes)	Duração da sessão de apresentação: ½ h	2 X (1h de trabalho de enfermagem X 7,50 euros) = 15 euros  Novelo de lã = 1,19 euros 6 folhas A4 (0,01 euros X 6) = 0,06 euros 14 blocos (14 X 0,59 euros)



	1 Psicólogo	16 Canetas (utentes e dinamizadores) 25 Crachás  1 t-shirt com os símbolos do projeto	Duração da sessão da motivação: ½ h	=8,26 euros 16 canetas (16 X 0,17 euros) = 2,72 euros 25 crachás = 19,95 euros  1 X (1/2h de trabalho do psicólogo) = 7,50 euros  1 t-shirt + estampagem (3 euros + 1,25 euros) = 4,25 euros
2ª Sessão de Educação para a Saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro” (atividade integrada no mês da Diabetes, relativa ao Dia Mundial da Diabetes e sessão de educação para a saúde acerca da diabetes em geral, incluindo a fisiopatologia e causas da mesma)	2 Enfermeiros (enfermeira mestranda e enfermeiro supervisor)	1 Bloco de Cartolinas coloridas 1 Conjunto de marcadores 2 placards de cortiça 1 Caixa de Pioneses 1 Tesoura  Impressão dos símbolos  Revelação de 10 fotografias 15 folhas (A4)  14 Marcadores de livros	Duração da sessão de educação para a saúde: 1h30	2 X (1h30 de trabalho de enfermagem X 7,50 euros) = 21,75 euros  1 bloco de cartolinas = 4,78 euros 1 Conjunto de marcadores = 4,90 euros 2 placards de cortiça X 6,33 euros = 12,66 euros 1 caixa de pioneses = 3,79 euros 1 tesoura (material existente, sem custo adicional) 3 impressões (3 X 1 euros) = 3 euros 10 fotografias = 3,50 euros 15 folhas A4 (15 X 0,01 euros) = 0,15 euros 14 marcadores de livros (impressões + folhas de desenho) – 7 impressões X 1

		<p>14 Impressões da avaliação da sessão (preto e branco)</p> <p>1 Computador 1 Tela 1 Datashow 1 Pendrive</p>		<p>euros = 7 euros + 1 bloco de folhas de desenho = 2,99 euros</p> <p>14 impressões a preto e branco (14 X 0,10 euros) = 1,40 euros</p>
<p>3ª Sessão de Educação para a Saúde “Saber comer, melhor viver” (sessão acerca da alimentação adequada na diabetes)</p>	<p>1 Nutricionista</p> <p>2 Enfermeiros (enfermeira mestranda enfermeiro supervisor) e</p>	<p>1 Computador 1 Tela 1 Datashow 1 Pendrive</p> <p>6 Cartolinas (vermelhas, verdes e amarelas)</p> <p>48 Folhetos informativos relacionados com a temática</p> <p>16 Impressões da avaliação da sessão (preto e branco)</p> <p>1 folha (A4) 1 caneta</p>	<p>Duração da sessão: 1h</p>	<p>1 X (1h de trabalho de nutricionista X 10,60 euros) = 10,60 euros</p> <p>2 X (1h de trabalho de enfermagem X 7,50 euros) = 15 euros</p> <p>6 Cartolinas (0,69 euros X 6) = 4,14 euros</p> <p>48 folhetos (fornecidos pela nutricionista e existentes no Centro de Saúde – sem custo adicional)</p> <p>16 Impressões (0,10 X 16) = 1,60 euros</p> <p>1 folha A4 = 0,01 euros 1 caneta = 0,17 euros</p>

<p>4ª Sessão de Educação para a Saúde “ Saber para prevenir” (Sessão de Educação para a Saúde sobre a sintomatologia da hiperglicemia e hipoglicémia, autovigilância na diabetes e regime medicamentoso)</p>	<p>2 Enfermeiros (enfermeira mestranda enfermeiro supervisor)  Enfermeiro Coordenador</p>	<p>1 Computador 1 Tela 1 Datashow 1 Pendrive</p> <p>Glucómetro, tiras pra determinação da glicémia capilar, lancetas descartáveis, compressas, luvas descartáveis, pensos rápidos e contentor de cortantes e perfurantes</p> <p>26 Impressões a cores (relógio do dia a dia) 39 Folhetos</p> <p>13 canetas</p> <p>13 Impressões da avaliação da sessão (preto e branco)</p>	<p>Duração da sessão: 1h30</p>	<p>2 X (1h30 de trabalho de enfermagem X 7,50 euros) =22,50 euros</p> <p>1/2h de trabalho do enfermeiro coordenador=6,75 euros</p> <p>Materiais sem custos adicionais, existentes no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo (Glucómetro, tiras pra determinação da glicémia capilar, lancetas descartáveis, compressas, luvas descartáveis, pensos rápidos e contentor de cortantes e perfurantes)</p> <p>Impressões (1 euro X 26) = 26 euros 39 folhetos (fornecidos pela ULSBA) 13 Canetas (0,17 euros X 13)=2,21 euros</p> <p>13 impressões a preto e branco X 0,10 = 1,30 euros</p>
<p>5ª Sessão de Educação para a Saúde “À flor da pele” (Sessão de Educação para a Saúde acerca dos cuidados a ter com os pés, prevenção e tratamento de feridas)</p>	<p>2 Enfermeiros (enfermeira mestranda enfermeiro supervisor)</p>	<p>1 Computador 1 Tela 1 Datashow 1 Pendrive</p> <p>4 Cartolinas verdes e vermelhas</p>	<p>Duração da sessão: 1h</p>	<p>2 X (1h de trabalho de enfermagem X 7,50 euros) = 15 euros</p> <p>4 Cartolinas (0,69 euros X 4) = 2,76 euros</p>

		39 impressões da avaliação da sessão (preto e branco) 39 impressões do “Livro dos passatempos”		39 impressões a preto e branco X 0,10 = 3,90 euros 39 impressões do livro dos passatempos ( fornecido pela ULSBA)
6ª e última sessão “Diabetes: mais saber, melhor viver” (sessão de atividade física, com convívio final)	2 Enfermeiros (enfermeira mestranda e enfermeiro supervisor)  Técnico de desporto da Câmara Municipal	48 folhas de papel específico para os certificados  39 impressões dos certificados de participação 5 impressões dos certificados de reconhecimento para os parceiros 4 impressões dos certificados para os restantes colaboradores (técnicos + enfermeiro coordenador) Molduras para os certificados de reconhecimento  2 rolos de papel de embrulho 2 fitas para os certificados	Duração da sessão: 1h15	2 X (1h15 trabalho de enfermagem X 9,38euros) =18,76 euros  Técnico de desporto (disponibilizado pela Câmara Municipal)  48 folhas de papel específico X 0,15 euros = 7,20 euros  39 impressões X 1 euros = 39 euros 5 impressões X 1 euros = 5 euros  4 impressões X 1 euros = 4 euros  5 molduras X 2,95 euros = 14,75 euros 2 rolos X 0,75 euros = 1,50 euros 2 fitas X 0,70 euros=1,40 euros

*Diabetes: mais saber, melhor viver*

		39 t-shirts para os participantes		39 t-shirts (patrocínio da Câmara Municipal)
		Coffe-break (produtos alimentares e material descartável)		Coffe-break (patrocínio da Câmara Municipal)
Custo total estimado				757,05 euros

**Apêndice XVII – Questionários das avaliações das diversas sessões**

## 2º Sessão de Educação para a Saúde “Mais e melhor pelo nosso futuro”

Após a conclusão da 2ª sessão do projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver”, importa procedermos a uma avaliação do processo formativo, pelo que pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

### Conhecimentos adquiridos

- 1) A Diabetes é caracterizada por um conjunto de alterações no nosso corpo?

SIM	NÃO

- 2) A Diabetes surge quando o pâncreas não funciona corretamente?

SIM	NÃO

- 3) A insulina é produzida pelos rins?

SIM	NÃO

- 4) É **só** por ingerirmos muito açúcar e alimentos doces que temos Diabetes?

SIM	NÃO

- 5) A insulina faz falta no nosso corpo para controlar os níveis de açúcar no sangue?

SIM	NÃO

- 6) Ter muita sede, muita fome e urinar muitas vezes são sinais/sintomas da Diabetes?

SIM	NÃO

- 7) Nas pessoas diabéticas, é importante ter cuidados com os pés para evitar feridas, como lavar e secar bem, aplicar creme, utilizar lima de cartão?

SIM	NÃO

- 8) Nas pessoas diabéticas, as feridas devem ser tratadas com álcool?

SIM	NÃO

9) Os medicamentos são tão importantes como a alimentação e o exercício físico?

SIM	NÃO

Avaliação da Sessão

Considera que a sessão foi útil para o seu dia-a-dia?

Nada útil \_\_\_\_ Pouco útil \_\_\_\_ Útil \_\_\_\_ Muito útil \_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!



**3º Sessão de Educação para a Saúde**  
**“Saber comer para melhor viver”**

Após a conclusão da 3ª sessão do projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver”, importa procedermos a uma avaliação do processo formativo, pelo que pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

1- Quantos são os grupos que estão presentes na Roda dos Alimentos?

- a) 4 grupos
- b) 7 grupos
- c) 5 grupos
- d) 9 grupos

2 – Quantas porções de fruta se podem comer por dia?

- a) Nenhuma
- b) 1
- c) 3
- d) Mais de 5

3 – Qual é a quantidade mínima de água/líquidos não açucarados que se deve consumir por dia?

- a) 0,5 litro
- b) 1 litro
- c) 1,5 litros
- d) 3 litros

4 – Com que regularidade se podem consumir os doces?

- a) Todos os dias do ano
- b) 3 vezes por semana
- c) Esporadicamente, reservados para os dias especiais ou de festa
- d) Nunca

Avaliação da Sessão

Considera que a sessão foi útil para o seu dia-a-dia?

Nada útil \_\_\_\_ Pouco útil \_\_\_\_ Útil \_\_\_\_ Muito útil \_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!

**4º Sessão de Educação para a Saúde**  
**“Saber para prevenir!”**

Após a conclusão da 4ª sessão do projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver”, importa procedermos a uma avaliação do processo formativo, pelo que pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

**Checklist**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1- Um valor maior do que 200 mg/dl, quando se faz a avaliação da glicemia (picada no dedo), é um valor alto?		
2- O diabético deve comer de 5 em 5 horas?		
3- Tremer e suar são sinais que o açúcar no sangue está alto?		
4- A hiperglicemia é quando existe um aumento do açúcar no sangue?		
5- Ir muitas vezes à casa de banho (urinar muito), ter muita sede e muita fome, são sinais que o açúcar no sangue está alto?		
6- Um equilíbrio entre a insulina produzida pelo organismo e a quantidade de alimentos ingeridos, mantém os níveis de açúcar no sangue controlados?		
7- A pessoa diabética deve avaliar a glicemia (picada no dedo) só quando vai ao médico e/ou enfermeiro?		
8- Antes de avaliar a glicemia (picada no dedo), o utente diabético deve lavar as mãos e preparar todo o material necessário?		
9- Quando avalia a glicemia (picada no dedo), o diabético deve picar na parte lateral do dedo?		
10- O tratamento da diabetes inclui a dieta, o exercício-físico, a medicação e a avaliação da glicemia?		

**Avaliação da Sessão**

Considera que a sessão foi útil para o seu dia-a-dia?

Nada útil \_\_\_\_ Pouco útil \_\_\_\_ Útil \_\_\_\_ Muito útil \_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!

**5º Sessão de Educação para a Saúde**  
**“À flor da pele”**

Após a conclusão da 5ª sessão do projeto “Diabetes: mais saber, melhor viver”, importa procedermos a uma avaliação do processo formativo, pelo que pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

**Certo ou Errado?**

	<b>Certo</b>	<b>Errado</b>
1- A Diabetes afeta a circulação.		
2-A pessoa diabética pode perder a sensibilidade nos pés.		
3-As feridas, nas pessoas diabéticas, demoram mais tempo a curar.		
4-As feridas, nas pessoas diabéticas, devem ter tratadas com álcool.		
5-Os diabéticos devem ter muita atenção quando cortam as unhas dos pés.		
6-Os utentes diabéticos, devem utilizar corta-unhas para cortar as unhas dos pés.		
7-A toalha de cor escura é o ideal para o diabético secar os seus pés.		
8-O diabético deve usar meias de cor escura.		
9-É importante verificar o interior dos sapatos antes de os calçar.		
10-Quando verificar alguma alteração nos seus pés, o utente diabético deve recorrer aos serviços de saúde.		

**Avaliação da Sessão**

Considera que a sessão foi útil para o seu dia-a-dia?

Nada útil \_\_\_\_ Pouco útil \_\_\_\_ Útil \_\_\_\_ Muito útil \_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!

**ANEXOS**

**Anexo I – Questionário dos dados sociodemográficos, Conhecimentos sobre a Diabetes e  
Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes**

QUESTIONÁRIO Nº \_\_\_\_

Parte 1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: \_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

Estado Civil: Casado(a)/União de Facto \_\_\_\_ Divorciado(a)/Viúvo(a)/Solteiro(a) \_\_\_\_

Com quem vive: Sozinho(a) \_\_\_\_

Cônjuge \_\_\_\_

Companheiro(a) \_\_\_\_

Filho (a) \_\_\_\_

Neto (a) \_\_\_\_

Irmão (a) \_\_\_\_

Outros \_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Habilitações literárias: Analfabeto(a) e/ou sem escolaridade \_\_\_\_

Sabe ler e escrever \_\_\_\_

1º ciclo (1º ao 4º ano) \_\_\_\_

2º ciclo (5º ao 6º ano) \_\_\_\_

3º ciclo (7º ao 9º ano) \_\_\_\_

Ensino Secundário/ Profissional (12º ano) \_\_\_\_

Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento) \_\_\_\_

Condição face ao emprego: Empregado(a) (profissão) \_\_\_\_\_

Desempregado(a) \_\_\_\_

Reformado(a) \_\_\_\_

Valor HbA1c (última consulta):

$\leq 8,0\%$  \_\_\_\_

$> 8,0\%$  \_\_\_\_

## Parte 2 – QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES

As perguntas seguintes referem-se aos seus conhecimentos sobre a diabetes em geral.

ITEM	Questões	Sim	Não	Não sei
1	Ingerir muito açúcar e outros alimentos doces é uma das causas da diabetes			
2	A causa comum da diabetes é a falta de insulina efectiva no corpo			
3	diabetes é causada pelo mau funcionamento dos rins que não conseguem manter o açúcar fora da urina			
4	Os rins produzem insulina			
5	Na diabetes que não é tratada, a quantidade de açúcar no sangue normalmente sobe			
6	Se sou diabético, os meus filhos irão apresentar um maior risco de serem diabéticos			
7	A diabetes pode ser curada			
8	Um nível de açúcar de 210 na análise do sangue é muito elevado			
9	A melhor forma de controlar a minha diabetes é fazer análises à urina			
10	O exercício regular irá aumentar a necessidade de insulina ou outro medicamento para a diabetes			
11	Existem dois tipos principais de diabetes: Tipo 1 (dependente de insulina) e Tipo 2 (não-dependente de insulina)			
12	Uma reação excessiva da insulina após ingestão de muitos alimentos pode provocar baixa de açúcar no sangue			
13	A medicação é mais importante do que a dieta e o exercício para controlar a minha diabetes			
14	A diabetes provoca, por vezes má circulação			
15	Golpes e feridas demoram mais tempo a cicatrizar nos diabéticos			
16	Os diabéticos devem ter um cuidado especial ao cortar as unhas dos dedos dos pés			
17	Uma pessoa com diabetes deve limpar o golpe com iodo e álcool			
18	A forma como preparo a minha comida é tão importante como a comida que ingiro			
19	A diabetes pode causar danos nos meus rins			
20	A diabetes pode causar perda de sensibilidade nas mãos, dedos e pés			
21	Tremer e suar são sinais de açúcar elevado no sangue			
22	Urinar frequentemente e ter sede são sinais de açúcar baixo no sangue			
23	Collants e meias elásticas apertadas não causam danos aos diabéticos			
24	Uma dieta para a diabetes consiste, maioritariamente, em alimentos especiais			

Tradução para Português de “Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)-24” – Tradução e adaptação para a Língua Portuguesa por Bastos, F.; Lopes, C. (2004)

**Parte 3 – ESCALA DE ATIVIDADE DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES**

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

<b>1- ALIMENTAÇÃO</b>	Nº de dias
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>2- ALIMENTAÇÃO ESPECIFICA</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS, comeu pão acompanhado à refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, 2 ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batata, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolate?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>3- ACTIVIDADE FÍSICA</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade continua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho)?	0 1 2 3 4 5 6 7
<b>4- MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0 1 2 3 4 5 6 7



<b>5- CUIDADOS COM OS PÉS</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7

<b>6- MEDICAMENTOS</b>	
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? (Insulina ou comprimidos)	0 1 2 3 4 5 6 7

OU (se insulina e comprimidos):

Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou conforme lhe foi indicado, injeção de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7

<b>7- HÁBITOS TABÁGICOS</b>	
Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	
Se Sim, quantos cigarros fuma habitualmente, num dia? Numero de cigarros _____	
Quando fumou o seu último cigarro?  <input type="checkbox"/> Nunca fumou  <input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás  <input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás  <input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás  <input type="checkbox"/> Um a três meses atrás  <input type="checkbox"/> No último mês  <input type="checkbox"/> Hoje	

**Anexo II – Autorização do Coordenador da UCSP de Ferreira do Alentejo e Coordenador de Enfermagem da UCSP/UCC de Ferreira do Alentejo**

Boa tarde,

Autorizado, com desejos de bom trabalho e que os resultados sejam uteis para o seu curso e para os utentes.

Com os melhores cumprimentos,

**Fernando Martins**

Coordenador UCSP Ferreira do Alentejo



Exma Sra. Enfermeira Inês Frederico

Nada a opor ao solicitado.

Com os melhores cumprimentos,

Mário Almeida

*Enfermeiro Especialista em funções de chefia da UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)*

*Coordenador*

*ECL (Equipa Coordenadora Local da RNCC)*

*UCC Cuidar Ferreira na Proximidade (Unidade de Cuidados na Comunidade)*

CENTRO DE SAÚDE DE FERREIRA DO ALENTEJO

[maria.almeida@ulsba.min-saúde.pt](mailto:maria.almeida@ulsba.min-saúde.pt)

[284 738 110/115 - Ext 5533](tel:284738110115)

**Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da ULSBA**

## Relatório Detalhado da Distribuição: EDOC/2017/25059



**Assunto:** Pedido de autorização para realização de Diagnóstico de Saúde na população de Ferreira do Alentejo

**Observações:**

**Processos**

Código	Assunto	Estado
Secre - Vários/2011/35	COMISSÃO ÉTICA	Aberto

**Antecedentes**

Código	Assunto	Data Início
--------	---------	-------------

**Registos Associados**

Livro	Ano	Número	Assunto	Observações	Criado em
-------	-----	--------	---------	-------------	-----------

**Conhecimentos**

Perfil	Nome	Autor	Data
Utilizador	Vitória Rodrigues - ULSBA	Alexandra Abreu - ULSBA	29-05-2017 18:34:15
Utilizador	João Pina Manique - ULSBA	Vitória Rodrigues - ULSBA	14-07-2017 15:20:09
Utilizador	José Catarino - ULSBA	Vitória Rodrigues - ULSBA	14-07-2017 15:20:09
Utilizador	Conceição Margalha - ULSBA	Vitória Rodrigues - ULSBA	14-07-2017 15:20:09
Utilizador	Mário Almeida - ULSBA	Vitória Rodrigues - ULSBA	14-07-2017 15:21:57

**Etapas**

**Descrição:** Detallie  
**Distribuição:** EDOC/2017/25059  
**Etapa nº:** 1

**Nome:**

**Descrição:**

**Percurso:**

**Estado:** Enviada

**Operações Efectuadas:**

**Fase:**

**Interveniente:** Jorge Gonçalves - ULSBA

**Executante:** Jorge Gonçalves - ULSBA

**Data de Leitura:** 16-05-2017 10:58:03

**Envio:** 16-05-2017 11:08:06

**Assinada:** Não

**Documentos:** Nome Assinaturas

[Consentimento informado.docx](#)  
[QUESTIONÁRIO.docx](#)

**Cópias Para:** Cristina Alves Palma - ULSBA

**Parecer/Informação:** Bom dia!

Eu, Inês Ramos Frederico, Enfermeira, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Aljustrel, encontro-me a realizar o primeiro estágio, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Saúde Comunitária e Saúde Pública, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ferreira do Alentejo/ C.S. de Ferreira do Alentejo.

Deste modo, venho por este meio, solicitar autorização para efetuar recolha de dados no âmbito da "Literacia em Saúde e a Diabetes", para elaboração de um diagnóstico de saúde da população e

posteriormente o desenvolvimento do respetivo projeto de intervenção comunitária.  
A recolha será realizada através da aplicação de um questionário e de uma escala de atividades de auto-cuidado com a diabetes, com consentimento informado dos utentes, que envio em anexo.  
A resposta ao questionário e à escala é anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes. Os dados recolhidos serão objeto de tratamento estatístico.

Agradecendo desde já toda a atenção dispensada e estando disponível para qualquer esclarecimento que for conveniente,

Aguarda deferimento,  
Inês Frederico

Descrição	Detalhe
Distribuição:	EDOC/2017/25059
Etapa nº:	2
Nome:	
Descrição:	
Percurso:	
Estado:	Enviada

**Parecer/Informação:** Exma. Sra. Enfermeira Inês Frederico

Encarrega-me a Presidente da Comissão de Ética Sra. Dra. Ana Matos Pires de enviar a V. Exa. parecer da Ata da Comissão de Ética da Reunião do dia 03.07.2017 e homologada pelo CA em 07.07.2017: Transcrição do Ponto 6;

««PONTO SEIS – Pedido de autorização para efetuar a recolha de dados no âmbito do Projeto «Literacia em Saúde e a Diabetes», a realizar pela enfermeira Inês Frederico.  
-- A Comissão de Ética nada tem a opor a este estudo.

Atenciosamente,

Vitória Rodrigues  
Atenciosamente,

Vitória Rodrigues

Descrição	Detalhe
Distribuição:	EDOC/2017/25059
Etapa nº:	10

**Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de  
Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora**



Documento 1 8 0 0 4

**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professora Doutora Margarida Amoedo, Prof. Doutor Fernando Capela e Silva e Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes, deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "Diabetes: mais saber, melhor viver" da investigadora **Inês Ramos Frederico** (mestranda) e Prof.ª Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas (responsável académica).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)



**Anexo V – Autorização para utilização do Questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes e a Escala de Atividade de Autocuidado com a Diabetes**

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Inês Frederico  
Curso de Mestrado  
Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Universidade de Évora

Assunto: Autorização para utilização do questionário de Conhecimentos sobre a Diabetes (tradução para português de “Diabetes Knowledge Questionnaire – DKQ- 24)

Autorização para utilização da Escala de Autocuidado com a Diabetes na sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização à Sr.<sup>a</sup> enfermeira Inês Frederico estudante de Mestrado em Associação – Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, no âmbito do seu projeto “Literacia em Saúde e a Diabetes” a decorrer na UCC de Ferreira do Alentejo, para a utilização das versões em Português do questionário e escala acima referenciados. Mais informo que relativamente à escala de autocuidado com a diabetes deve usar as referências da publicação na Acta Médica Portuguesa e na qual se encontra um erro na escala final, por repetição de um item e ausência de outro, conforme podem identificar nas restantes tabelas do artigo.

Ao dispor,

Porto, 23 Maio 2017

Fernanda Santos Bastos  
Professora Adjunta

[fernandabastos@esenf.pt](mailto:fernandabastos@esenf.pt)

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

**Anexo VI – T-shirts, blocos e crachás personalizados**



**Anexo VII – Meios de divulgação do projeto**

The screenshot shows a Facebook post from Singa FM (@singafm) dated December 1, 2017. The post shares a poster for a community intervention project titled "Diabetes: mais saber, melhor viver". The poster features the word "Diabetes" in large, colorful letters held up by hands. Below the title, it specifies the dates "novembro de 2017 a março de 2018" and the location "Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo". The target audience is "Utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa". Logos of various institutions like ULSBA, UCC, and the Municipality of Ferreira do Alentejo are visible at the bottom of the poster.

## Dia Mundial da Diabetes

Data é assinalada em diferentes locais do distrito

A Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (Ulsba) está a assinalar o Dia Mundial da Diabetes com várias atividades a decorrer durante o corrente mês. Para amanhã, dia 18, pelas 10 horas, está agendada uma caminhada aberta ao público. No dia 22, pelas 10 horas, terá lugar, na Santa Casa da Misericórdia de Beja, o *workshop* "Relação

terapêutica, mudar o quê?", e, no dia 29, pelas 9 horas, no Hospital José Joaquim Fernandes, a formação "A escola e a diabetes tipo 1".

Já o Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo está a promover, até março de 2018, um conjunto de sessões de educação para a saúde sobre a diabetes, direcionadas para os utentes diabéticos, em idade ativa, de todas as localidades do concelho. A iniciativa está integrada no

projeto de estágio do mestrado em Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em Évora.

Entretanto, Moura será palco amanhã, dia 18, de uma caminhada solidária de sensibilização para o impacto da diabetes na qualidade de vida da população e a importância da sua prevenção. A iniciativa, organizada pelo Centro de Saúde de Moura, Unidade Local de Saúde do

Baixo Alentejo e Câmara Municipal de Moura, terá início pelas 10 horas no jardim da Porta Nova. Para além da caminhada haverá uma aula de *zumba* e outra de ginástica. A caminhada conta com o apoio da PSP e dos bombeiros voluntários.

Também amanhã em Castro Verde, a partir das 10 horas, com concentração no parque infantil da vila, hevará uma caminhada pela diabetes.

Início > Sociedade > Ferreira ajuda a “mais saber, melhor viver” com a diabetes

Sociedade **Últimas**

## Ferreira ajuda a “mais saber, melhor viver” com a diabetes

4 Dezembro, 2017

[Compartilhar no Facebook](#) [Tweet no Twitter](#) [G+](#) [P](#)



### OPINIÃO

-  **António Bota**  
1 AMIGOS 0 COMENTÁRIOS
-  **Jorge Rosa**  
2 AMIGOS 0 COMENTÁRIOS
-  **Marcelo Guerreiro**  
1 AMIGOS 0 COMENTÁRIOS
-  **Marcos Aguiar**  
2 AMIGOS 0 COMENTÁRIOS
-  **Nelson Brito**  
1 AMIGOS 0 COMENTÁRIOS

O Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo tem em curso, até Março de 2018, um conjunto de Sessões de Educação para a Saúde sobre a Diabetes.

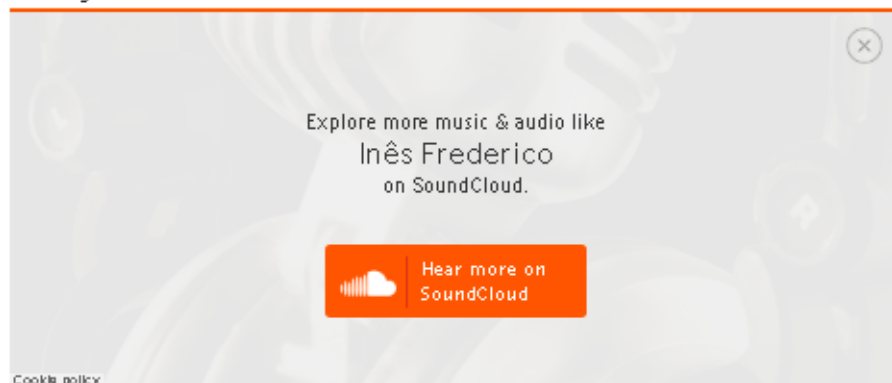
Esta iniciativa, integrada num projecto de estágio, surge após a identificação das necessidades de saúde naquele concelho.

Em colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade “Cuidar Ferreira na Proximidade”, foi iniciado o projecto “Diabetes: Mais Saber, Melhor Viver”.


A iniciativa tem como objectivo “promover a literacia em saúde, potenciando comportamentos adequados, através de Sessões de Educação para a Saúde e dinâmicas de grupo, com partilha de saberes e experiências”.

Técnicos da área da saúde e do desporto, estão a sensibilizar diabéticos tipo 2, em idade activa, para uma vida melhor, explicou à Rádio Pax Inês Frederico, promotora do projecto.

A iniciativa tem o apoio da Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e das Juntas de Freguesia do concelho.



Explore more music & audio like  
**Inês Frederico**  
on SoundCloud.

 Hear more on  
SoundCloud

Cookie policy

## Sessões de Educação para a Saúde sobre a Diabetes em Ferreira do Alentejo

O Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo promove, entre os meses de novembro de 2017 e março de 2018, um conjunto de sessões de Educação para a Saúde sobre a Diabetes.

Rádio Voz da  
Planície  
27/11/2017



- FERREIRA DO ALENTEJO
- CENTRO DE SAÚDE
- SESSÕES
- DIABETES



Esta iniciativa, integrada no projeto de estágio do mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em Évora, surge após a identificação das necessidades de saúde no concelho de Ferreira do Alentejo

Assim, foi desenvolvido em colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade "Cuidar Ferreira na Proximidade", um Projeto de Intervenção Comunitária "Diabetes: Mais Saber, Melhor Viver", com o objetivo de promover a literacia em saúde, potenciando comportamentos adequados, através de Sessões de Educação para a Saúde e dinâmicas de grupo, com partilha de saberes e experiências.

As sessões são dinamizadas por diferentes técnicos da área da saúde e do desporto, estão direcionadas para os utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, de todas as localidades do concelho, e realizam-se no Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo.

Este projeto conta com o apoio da Câmara Municipal de Ferreira do Alentejo e das Juntas de Freguesia do concelho.





**Município Ferreira Do ALENTEJO**  
@muncmfra

- Página inicial
- Publicações**
- Vídeos
- Fotos
- Sobre
- Comunidade

Gosto Seguir Partilhar

**Município Ferreira Do ALENTEJO**  
24/11

Diabetes: mais saber, melhor viver

O Centro de Saúde de Ferreira do ALENTEJO está a promover, um conjunto de Sessões de Educação para a Saúde sobre a Diabetes.

Este projeto conta com o apoio da Câmara Municipal de Ferreira do ALENTEJO e das Juntas de Freguesia do concelho, sendo estas parcerias imprescindíveis para a sua concretização.

Com término do mesmo, que ocorrerá em março de 2018, perspetiva-se um convívio final entre todos os intervenientes, na vila de Ferreira do ALENTEJO, bem como um balanço dos ganhos em saúde na população-alvo.



**Enviar Mensagem**

Procura publicações nesta Página

Português (Portugal) - English (US) - Español - Français (France) - Deutsch

Privacidade - Termos - Publicidade - AdChoices - Cookies - Mais - Facebook © 2018

ALLENTEJO No centro do que é importante

Município Ajuda Municipal Contactos Apoio ao Município Conectar Ferreira

Você está aqui: Ajuda Municipal > Informação (1) > Notícias > Diabetes: mais saber, melhor viver

**Município**

Mensagem do Presidente

Assembleia Municipal (+)

Câmara Municipal (+)

Concelho

Conselhos Municipais (+)

Freguesias (+)

História e Logótipo

Org. de Serviços

**Apoio ao Município**

Gestão Documental - Documentos

Livro de reclamações

Formulários para Impressão

Horários

Instruções de preenchimento de formulários online

Perguntas frequentes

Estadística Orgânica

**Recursos Humanos**

**RECRUTAMENTO DE PESSOAS**

Saber mais

**Iniciativas**

INICIATIVA SOCIAL

ninho de empresas

Ferreira Sustentável

Marca Ferreira

## Diabetes: mais saber, melhor viver

Classifique este produto: ★★★★★ (0 votos)



O Centro de Saúde de Ferreira do ALENTEJO promove, entre os meses de novembro de 2017 e março de 2018, um conjunto de Sessões de Educação para a Saúde sobre a Diabetes.

Esta iniciativa, integrada no projeto de estágio do mestrado em Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em Évora, surge após a identificação das necessidades de saúde no concelho de Ferreira do ALENTEJO.

Assim, foi desenvolvido em colaboração com a Unidade de Cuidados na Comunidade "Cuidar Ferreira na Proximidade", um Projeto de Intervenção Comunitária "Diabetes: Mais Saber, Melhor Viver", com o objetivo de promover a literacia em saúde, potenciando comportamentos adequados, através de Sessões de Educação para a Saúde e dinâmicas de grupo, com partilha de saberes e experiências.

Estas, são dinamizadas por diferentes técnicos da área da saúde e do desporto, estão direcionadas para os utentes diabéticos tipo 2, em idade ativa, de todas as localidades do concelho, e realizam-se no Centro de Saúde de Ferreira do ALENTEJO. Este projeto conta com o apoio da Câmara Municipal de Ferreira do ALENTEJO e das Juntas de Freguesia do concelho, sendo estas parcerias imprescindíveis para a sua concretização.

Com término do mesmo, que ocorrerá em março de 2018, perspetiva-se um convívio final entre todos os intervenientes, na vila de Ferreira do ALENTEJO, bem como um

Pesquisar...



**Buenos**

NOVEMBRO 2017

Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sáb.	Dom.
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30

**Publicações**

Aqui um dia

Jejumal

Mãe e filha

Os filhos



**Redes Sociais**

Google+ YouTube Twitter Facebook