INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção de estilos de vida saudáveis: uma intervenção comunitária em pessoas com risco de Diabetes Tipo 2

José Manuel Inocêncio das Dores

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Dias Grego Sobral Canhestro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de saúde Pública

Relatório de Estágio

Beja, 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção de estilos de vida saudáveis: uma intervenção comunitária em pessoas com risco de Diabetes Tipo 2

José Manuel Inocêncio das Dores

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Dias Grego Sobral Canhestro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de saúde Pública

Relatório de Estágio

Beja, 2021

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS: UMA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM PESSOAS COM RISCO DE DIABETES TIPO 2

José Manuel Inocêncio das Dores

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda Caldeira

Arguente: Professora Doutora Ana Paula Rodrigues

Orientador: Professora Doutora Ana Sobral Canhestro

Data: 21 de janeiro de 2022

EPÍGRAFE

"Um homem não pode fazer o certo numa área da vida, enquanto está ocupado em fazer o errado em outra. A vida é um todo indivisível."

(Mahatma Gandhi)

AGRADECIMENTOS

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade onde foi realizado o estágio, apesar dos inúmeros desafios e exigências, estiveram sempre disponíveis para as solicitações e desafios colocados. Ao Enfermeiro Mário, pela disponibilidade e abertura durante o estágio nestes tempos difíceis que vivemos.

Ao Enfermeiro Jorge, pela orientação, disponibilidade e apoio durante o estágio. Agradeço a confiança inabalável nas minhas capacidades para encontrar soluções perante as adversidades, foi essencial para o sucesso desde estágio.

Aos meus colegas neste percurso na Área de Especialização e Tronco Comum, em especial o David, a Mónia, a Silvia, a Susana e o Rui, porque por muitas dificuldades que tenhamos, ter as pessoas certas ao nosso lado torna tudo mais fácil.

À Professora Doutora Ana Canhestro, pela excelente professora que é, pela orientação, paciência e apoio, não só durante este percurso, mas por ter tido um papel fundamental na minha formação inicial como enfermeiro e ser uma das maiores responsáveis pela minha postura profissional nestes 12 anos, existem professores para a vida, agradeço-lhe profundamente que tenha sido essa professora.

Ao José, ao Manuel, à Mariana e à Mariana, porque onde quer que eu esteja estas quatro pessoas estarão sempre comigo na minha maneira de encarar a vida e serão as maiores responsáveis pela pessoa que eu sou. Aos meus pais pela persistência em querer mais para um filho do que aquilo conseguiram para si, mesmo quando esse filho desiste, obrigado por tudo…

À Rita por estar ao meu lado sempre. Muito te agradeço por me acompanhares em todas as ideias mirabolantes e por me melhorares enquanto pessoa. Sem ti nada teria sido possível. À Madalena e à Margarida pelos abracinhos e miminhos quando as nuvens negras pairaram…

O meu agradecimento a todos os que participaram neste percurso de crescimento!

RESUMO

Introdução: Os comportamentos que adotamos moldam a nossa qualidade de vida, pelo que a capacitação da pessoa para a realização completa do seu potencial em saúde é uma questão central. A adoção de estilos de vida promotores de saúde é fundamental na prevenção de doenças crónicas, como a Diabetes. **Objetivo:** Contribuir para a diminuição do risco de Diabetes Tipo 2, através da promoção da adoção de estilos de vida saudáveis nas pessoas com risco alto e muito de Diabetes Tipo 2, com menos de 65 anos de idade. **Método:** Foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Comunitária, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, dirigido aos utentes de um Concelho do Baixo Alentejo. **Resultados:** Após a aplicação do questionário, verificou-se a existência de comportamentos não promotores de saúde nos domínios da responsabilidade em saúde, nutrição, atividade física e gestão do stress. Comprova-se a necessidade de uma intervenção nas áreas da capacitação das pessoas para escolhas saudáveis, promoção da alimentação saudável e da atividade física. **Conclusão:** A aplicação de um Programa Educativo, centrado na capacitação dos utentes para a adoção de uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física, contribuirá para a redução do risco de Diabetes Tipo 2.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Estilo de vida Saudável, Promoção da saúde, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: The behaviors we adopt shape our quality of life, therefore empowering people to fully realize their health potential is a central issue. Adopting health-promoting lifestyles is critical in preventing chronic diseases such as Diabetes. **Objective:** Contribute to reducing the risk of Type 2 Diabetes, by promoting the adoption of healthy lifestyles in people with high and very high risk of Type 2 Diabetes, under 65 years of age. **Method:** A Community Intervention Project was developed, based on the Health Planning Methodology, aimed at users of a municipality in Baixo Alentejo. **Results:** After applying the questionnaire, it was verified the existence of behaviors that do not promote health in the areas of responsibility in health, nutrition, physical activity and stress management. It proves the need for intervention in training people for healthy choices, promoting healthy eating and regular physical activity. **Conclusion:** The application of an Educational Program, focused on the adoption of a healthy diet and regular physical activity, will contribute to reducing the risk of Type 2 Diabetes.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Healthy Lifestyle, Health Promotion, Community and Public Health Nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Fonte: Victor et al. (2005).....24
Figura 2 - Mapa geográfico da Região do Alentejo Fonte: https://www.ccdr-a.gov.pt/mapas/ 33
Figura 3 – Grelha de análise para determinação de prioridades (Extraído de Pineault e Daveluy, 1986) Fonte: Tavares (1992).....48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos no Centro de Saúde do Estágio Final (junho de 2021). Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 22-08-2021, disponível em https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx 36
Gráfico 2 – Distribuição por grau de risco das pessoas com avaliação de risco de diabetes tipo 2 no concelho X, em março de 2021 Fonte: UAG/DCSP/ULSBA, EPE (2021) 39
Gráfico 3 - Avaliação Global do HPLP II nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X. 44
Gráfico 4 - Avaliação do HPLP II na dimensão Responsabilidade em Saúde, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X. 45
Gráfico 5 - Avaliação do HPLP II nas dimensões Crescimento Espiritual e Relações Interpessoais, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.....45
Gráfico 6 - Avaliação do HPLP II na dimensão Gestão de Stress, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.....46
Gráfico 7 - Avaliação do HPLP II na dimensão Nutrição, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.....47
Gráfico 8 - Avaliação do HPLP II na dimensão Atividade Física, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.....47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) - Anual - INE, Estimativas anuais da população residente. Fonte: INE/INSA (2021). Acedido a 22-08-2021 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main 36
Tabela 2 – Síntese da análise do HPLP II Fonte: Elaboração Própria 45
Tabela 3 - Resultado da determinação de prioridades segundo a Grelha de Análise. Fonte: Elaboração Própria 49
Tabela 4 - Resultado da determinação de prioridades segundo a Comparação por Pares. Fonte: Elaboração Própria 50
Tabela 5 – Objetivo 1: Meta, Indicador, Fórmula de Cálculo Fonte: Elaboração Própria 51
Tabela 6 – Objetivo 2: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria 52
Tabela 7 – Objetivo 3: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria 52
Tabela 8 – Objetivo 4: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria 53
Tabela 9 – Objetivo 5: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria 53
Tabela 10 – Objetivo 6: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria 54
Tabela 11 - Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia Fonte: Elaboração Própria 57
Tabela 12 - Gestor, equipa de coordenação e equipa de execução do projeto Fonte: Elaboração Própria 58
Tabela 13 - Intervenções/atividades planeadas e a sua execução no plano temporal Fonte: Elaboração Própria 62
Tabela 14 – Previsão de recursos em reuniões com Parceiros Fonte: Elaboração Própria ... 64
Tabela 15 – Previsão de recursos em Formação/capacitação profissionais UCC/URAP Fonte: Elaboração Própria 65
Tabela 16 – Previsão de recursos para convite de utentes para o Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” Fonte: Elaboração Própria 66
Tabela 17 – Previsão de recursos para Sessões do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” Fonte: Elaboração Própria 67
Tabela 18 – Previsão de recursos materiais e humanos totais Fonte: Elaboração Própria ... 68
Tabela 19 - Avaliação de Indicadores de estrutura e processo Fonte: Elaboração Própria ... 71
Tabela 20 - Avaliação de Indicadores de resultado Fonte: Elaboração Própria 72

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

Anexo I - Escala Health Promoting Lifestyle Profile II Versão Portuguesa 91
Anexo II – HPLP II - Scoring Instructions 96
Anexo III – HPLP II - Autorização para utilização da Escala Health Promoting LifestyleProfile II, Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga & Dixe (2015) 98
Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo 100
Anexo V – Autorização de Implementação do Projeto pelo Coordenador da UCC 102
Anexo VI – Autorização de utilização de materiais pedagógicos do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” pela Diretora do Programa Nacional para a Diabetes 104

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Formação 107
Apêndice II – Manual do Educador do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” 111
Apêndice III – Sessões Educativas do Programa “Mais saúde Menos Diabetes” 117
Apêndice IV – Cadernos de Apoio para Utentes do Programa “Mais saúde Menos Diabetes” 119
Apêndice V – Cronograma de Atividades 121
Apêndice VI – Folha de Presenças da Reunião de Apresentação do Projeto 123
Apêndice VII – Folha de Presenças das Reunião Formativas do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” 125
Apêndice VIII – Tabela de Observação das Sessões Educativas do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” 127
Apêndice IX – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura 132

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CDSS - Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

CSP – Cuidados de saúde Primários

DCSP – Departamento dos Cuidados de Saúde Primários

DSS – determinantes Sociais da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

HPLP II – Health Promotion Lifestyles Profile II

ICN – International Council of Nurses

INE, IP – Instituto Nacional de Estatística, Instituto Público

FINDRISC - Finnish Diabetes Risk Score

MS – Ministério da Saúde

MCTES - Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior

PIAAC - International Assessment of Adult Competencies

PND – Programa Nacional para a Diabetes

PNPAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

PNS – Plano Nacional de Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS, EPE – Unidade Local de Saúde, Entidade Pública Empresarial

ULSBA, EPE – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Entidade Pública Empresarial

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 20
1.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE 20
1.1.1. Enfermagem e a promoção da saúde 21
1.1.1.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender 23
1.1.2. Literacia em saúde 26
1.1.2.1. Educação para a saúde 28
1.2. DIABETES MELLITUS 29
1.2.1. Risco de Diabetes Tipo 2 30
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE 32
2.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE 32
2.1.1. Caracterização do contexto 33
2.1.2. Estado de saúde 37
2.1.3. População-alvo 39
2.1.4. Considerações éticas 41
2.1.5. Instrumentos, técnicas e procedimentos 42
2.1.6. Apresentação e análise de dados 43
2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES 47
2.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS 50
2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS 54
2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL, IMPLEMENTAÇÃO E INTERVENÇÃO 57
2.5.1. Intervenções/atividades 58
2.5.2. Previsão de recursos 62
2.5.3. Cronograma de atividades 68
2.6. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO 68
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS 74
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 74
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA 77
3.3. COMPETÊNCIAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE 78
CONCLUSÃO 81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 84

ANEXOS.....90
APÊNDICES 106

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como intuito relatar as atividades realizadas durante o Estágio Final, com especial foco o projeto de intervenção comunitária, numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], no Baixo Alentejo, no período entre 5 de abril de 2021 e 23 de julho de 2021.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem um papel fulcral junto das comunidades, uma vez que identifica os problemas de saúde da comunidade e desenvolve programas e projetos de intervenção com vista à sua resolução. Segundo o Regulamento nº 428/2018, da Ordem dos Enfermeiros [OE], em termos de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública "implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos" (OE, 2018, p.19355), e nesses projetos de intervenção comunitária, "otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção" (OE, 2018, p.19355).

A unidade funcional onde decorreu o estágio presta cuidados na comunidade, numa área geográfica de abrangência de 648,21 Km2, com uma população residente de 7676 habitantes e uma densidade populacional de 12 habitantes/Km2 (Instituto Nacional de Estatísticas, Instituto Público [INE, IP], 2021a).

Trata-se de uma população rural ligada, essencialmente, à área da agricultura e agroindústria, especialmente as culturas de regadio em regime intensivo, têm sido uma aposta neste concelho, nomeadamente a cultura de olival e a produção e comercialização de uva.

Com base no diagnóstico de saúde da comunidade realizado, foram discutidas as prioridades em saúde desta comunidade numa primeira reunião de trabalho com a equipa da UCC. Foram debatidas as prioridades do Plano Nacional de Saúde [PNS] e Plano Local de Saúde [PLS], bem como a sua transposição em termos de priorização de problemas de saúde na área de abrangência da UCC.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, segundo o Regulamento nº 428/2018, da OE, deverá ter a competência de proceder à "elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade" (OE, 2018, p.19355) e com a informação recolhida, utilizar critérios objetivos de forma a definir as principais prioridades em saúde, nesse exercício "integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde" (OE, 2018, p.19355).

A equipa de saúde verbalizou a persistência, por parte da população ativa, de um comportamento de não adesão a hábitos de vida saudáveis, traduzindo-se numa degradação da sua qualidade de vida e em perda de anos de vida saudáveis. Analisando o PLS verificamos que foram identificados os seguintes problemas de saúde na população da área de abrangência do Departamento dos Cuidados de saúde Primários [DCSP] da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Entidade Pública Empresarial [ULSBA, EPE], com seguinte priorização: hipertensão arterial, Diabetes Mellitus; perturbações depressivas; alterações do metabolismo dos lípidos; obesidade; abuso do tabaco; osteoartrose do joelho; doença cardíaca isquémica; osteoporose e doenças dos dentes/gengivas. Identifica-se ainda no mesmo documento metas e estratégias condizentes com as preocupações e sugestões da equipa, nomeadamente na área das doenças cardiovasculares, a estratégia de criação de consultas multidisciplinares de intervenção nos estilos de vida aos utentes com risco cardiovascular alto ou muito alto e também na área da Diabetes Mellitus, a meta de prevenir o surgimento de 350 novos casos de diabetes, através de planos de intervenção multidisciplinares para pessoas com risco aumentado de diabetes e a sua referenciação para programas estruturados de promoção da saúde e prevenção da doença (ULSBA, EPE, 2018).

Através de uma análise dos dados epidemiológicos disponíveis verificou-se que o concelho apresentava uma proporção de utentes com obesidade (16,57%) acima dos valores de regionais e nacionais. Verificamos também que, em termos de prevalência da Diabetes, o concelho apresentava uma proporção de 11,28% dos utentes com esta doença em dezembro de 2020, um valor acima da média da sub-região e do país. No que diz respeito à hipertensão arterial, na mesma data, 31,43% dos utentes do concelho tinham esta patologia, um valor também elevado relativamente ao resto do país. Tendo em conta a transversalidade dos problemas identificados e a sua complexidade, tornou-se necessário analisar a proporção da população do concelho com risco cardiovascular e risco de diabetes tipo 2 avaliado, de forma a obter maiores ganhos em saúde da comunidade. Verificou-se que 55,82% dos hipertensos tinham, em dezembro de 2020, o seu risco cardiovascular avaliado e simultaneamente 37,81% da população do concelho tinha o risco de Diabetes Tipo 2 avaliado. Perante estes dados a equipa considerou que seria muito relevante uma abordagem em termos de promoção de estilos de vida saudáveis tendo em consideração alguma destas populações com risco aumentado (Ministério da Saúde [MS], 2021).

Importa neste contexto referir que a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986), na Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, que resultou da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, estabeleceu as bases do conceito de promoção da saúde:

> "o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar fisico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a

> modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida" (OMS, 1986, sp).

De todos os conceitos relevantes explanados na Carta de Otawa salienta-se a capacitação da pessoa para a realização completa do seu potencial em saúde, sendo que para isso o sistema de saúde tem de estar centrado na eliminação de iniquidades, tanto no acesso como na qualidade dos cuidados de saúde disponíveis para a população, procurando sempre compensar os desvios gerados pelas condições sociais, económicas e organizativas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020).

Nem todos os indivíduos vivem no mesmo ambiente, têm as mesmas condições de vida e cresceram com um mesmo contexto cultural e familiar, pelo que avaliar de que forma isso afeta o seu estado de saúde é extremamente importante no nosso ponto de vista. Os Determinantes Sociais da Saúde [DSS] têm sido alvo de estudos e atenção de várias organizações de saúde, entre esses avanços realçamos que, em março de 2005, foi a criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde [CDSS] da OMS e o seu relatório internacional. Desde então, governos de todo o mundo e organismos internacionais, nomeadamente a OMS, têm vindo a manifestar uma efetiva preocupação com os DSS (World Health Organization [WHO], 2008).

Segundo Solar e Irwin (2010), ao agregar os vários fatores do quadro conceptual da CDSS, é possível perceber como os mecanismos políticos, sociais e económicos promovem a criação de posições socioeconómicas, onde existe uma estratificação da população de acordo com a seu nível de instrução, profissão, rendimentos, etnia, género e outros fatores. Estas posições socioeconómicas, por sua vez, moldam determinantes específicos do estado de saúde como reflexo do posicionamento da pessoa na hierarquia social. Como resultado do seu estatuto social, cada pessoa experimenta diferentes exposições e vulnerabilidades a problemas de saúde, pelo que se pode afirmar que a doença reage à posição social do indivíduo e por sua vez compromete o seu rendimento, produzindo efeitos negativos na sua posição social.

A 25 de setembro de 2015, na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi assinada uma resolução intitulada, **Transformar o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Esta resolução assentou numa agenda global com 17 objetivos, chamados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [ODS]. Foi definida uma agenda até 2030, que remete para a integração dos ODS nas políticas e ações no plano nacional, regional e global, em cada país. Esta abordagem em relação ao desenvolvimento dos países remete para os prossupostos dos DSS, uma vez que integram 3 dimensões do desenvolvimento sustentável, a económica, a social e a ambiental (Ministério dos Negócios Estrangeiros [MNE], 2017).

Em termos de evolução de Portugal nos 17 ODS, segundo INE, IP (2020), podemos verificar que existem disparidades entre as diferentes áreas. No que diz respeito ao ODS número um **erradicar a pobreza**, que constitui uma condição básica para que possa existir o acesso à alimentação adequada, habitação digna, educação de qualidade, cuidados de saúde atempados, acesso a um trabalho que promova o desenvolvimento pessoal e meios de transporte apropriados. O risco de pobreza, em Portugal, em 2019, afetava cerca de 1,7 milhões de pessoas. Relativamente ao ODS número dois **erradicar a fome**, nos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal, este objetivo está relacionado com a alimentação desadequada e ao sedentarismo, sendo analisada a percentagem da população com excesso de peso e obesidade. Em 2019, Portugal tinha 53,6% da população, com 18 ou mais anos, com peso excessivo e 1,5 milhões de portugueses tinham obesidade, correspondendo a 16,9%. Tendo em atenção especificamente o ODS número três **saúde de qualidade**, que procura garantir a saúde de qualidade para todos e especificamente reduzir "as mortes por doenças não transmissíveis e os comportamentos relacionados com consumos abusivos de substâncias" (INE, IP, 2020, p.51). No ano de 2019 registou-se em Portugal a morte de 288,5 pessoas por 100 mil habitantes, entre os 30 aos 70 anos de idade, cuja causa de morte está associada a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, *Diabetes Mellitus* e doenças crónicas respiratórias.

Perante o exposto, com base na Metodologia de Planeamento em Saúde, elaborou-se o projeto de intervenção comunitária intitulado, **Promoção de estilos de vida saudáveis: uma intervenção comunitária em pessoas com risco de Diabetes Tipo 2**, com o objetivo geral de contribuir para a diminuição do risco de Diabetes Tipo 2, através da promoção da adoção de estilos de vida saudáveis nas pessoas com risco alto e muito de Diabetes Tipo 2, com menos de 65 anos de idade. Como objetivos específicos o projeto procura: caracterizar os comportamentos promotores de saúde em pessoas com risco alto e muito alto de Diabetes Tipo 2 na área da abrangência da UCC; capacitar os enfermeiros da UCC para a implementação do programa estruturado de educação para a saúde e implementar um programa estruturado de educação para a saúde para pessoas com risco alto e muito alto de Diabetes Tipo 2.

A população alvo deste projeto foram as pessoas inscritas na área de abrangência da UCC com risco alto e muito alto de Diabetes Tipo 2 e uma idade inferior a 65 anos. Para confirmar a necessidade de intervenção na população-alvo identificada, foram aplicados instrumentos monitorização e de colheita de dados com o intuito de caraterizar a população e avaliar se os seus estilos de vida seriam ou não promotores de saúde.

No decurso do estágio final, na UCC, foram planeadas, executadas e avaliadas as atividades previstas durante o período em que este decorreu, tendo ficado agendadas as

restantes atividades, conforme Apêndice V. O presente relatório de estágio tem o objetivo de relatar e descrever todo esse processo, e também como objetivo maior refletir acerca do percurso e do contributo do mesmo para a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela OE. Segundo o regulamento nº 428/2018 Ordem dos Enfermeiros as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são avaliar o estado de saúde de uma comunidade utilizando a Metodologia de Planeamento em Saúde, colaborar para capacitar as comunidades, participar e coordenar programas que promovam o cumprimento dos objetivos do PNS a nível comunitário e participar no controle epidemiológico e geodemográfico (OE, 2018).

O presente relatório será dividido em três partes principais. Num primeiro capítulo será realizado um enquadramento teórico, onde será abordada a promoção para a saúde, tendo como referência o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Serão abordados os temas da literacia em saúde, da promoção da saúde e da educação para a saúde, nomeadamente a sua importância na capacitação para a autogestão dos comportamentos geradores de saúde/doença. No final deste capítulo será referida problemática da diabetes e os seus fatores desencadeantes, nomeadamente na diabetes tipo 2, onde serão referidas as intervenções nos estilos de vida em pessoas com risco aumentado de desenvolver diabetes tipo 2 e a sua importância na redução da incidência desta doença.

Num segundo capítulo será descrito o local onde decorreu o estágio e como foram executadas as várias etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde no projeto de intervenção comunitária. As etapas descritas incluirão o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a definição de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional, a monitorização e a avaliação.

Por último, num terceiro capítulo, será feita uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio e de que forma a formação académica teve um papel determinante em termos teóricos e também práticos na aquisição das competências do grau de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Este relatório de estágio cumpre as regras estipuladas no Regulamento Académico do Instituto Politécnico de Portalegre para a elaboração e entrega do trabalho (Arco, Arco, Lucindo & Martins, 2018), as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da American Psychological Association [APA] – 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O exercício profissional da Enfermagem deverá ser baseado em evidências científicas atuais, na procura constante da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, conforme explicitado no Código Deontológico: "Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (OE, 2015, p.30).

Tendo esse dever profissional presente, de forma a contextualizar o tema escolhido para o projeto de intervenção comunitária, realizou-se uma pesquisa bibliográfica acerca da promoção da saúde e os estilos de vida promotores de saúde, a literacia em saúde e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, uma contextualização do projeto abordando a Diabetes Mellitus e os seus fatores desencadeantes, nomeadamente na Diabetes Tipo 2, os seus fatores de risco e a sua relação intrínseca com os estilos de vida saudáveis.

1.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE

O termo Saúde é de difícil definição, pois altera-se ao longo dos tempos, conforme as perspetivas e expectativas de cada indivíduo ou grupo social. A definição mais usada para descrever o conceito de saúde é da OMS, que refere que a saúde é considerada um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição vem marcar o fim da divisão entre saúde/doença, evidenciando uma criação global e positiva de saúde, abrangendo as áreas mental e social (Santos, Parente, Ribeiro & Pontes 2015).

Em condições ideais espera-se que cada indivíduo seja capaz de erguer os seus projetos de vida e assumir assim a sua própria responsabilidade pela elaboração do seu bem-estar e pela gestão da sua saúde. Cada comunidade constrói as suas próprias condições facilitadoras para a promoção da qualidade de vida, algo que nos remete para a existência de condições promotoras de saúde (Santos *et al*., 2015).

Inicialmente a promoção da saúde centrava-se numa abordagem comportamentalista, no entanto, com a evolução dos conceitos e o estudo do tema, entende-se hoje que vai para além do controlo e da intervenção sobre os comportamentos de saúde, inclui também uma intervenção social ativa que permita influenciar as decisões. Todos os profissionais que pretendam ter uma intervenção na promoção da saúde devem orientar as suas intervenções para a ajuda dos indivíduos e dos grupos para a construção da sua autonomia e da sua responsabilidade, tornando a tomada de decisão em algo partilhado. É fundamental que os

profissionais tenham conhecimentos técnico-científicos atualizados, responsabilidade social e procurem satisfazer as necessidades dos clientes. Desta forma assumem um papel de dinamizadores, facilitadores, *stakeholders* (Santos *et al.,* 2015).

1.1.1. Enfermagem e a promoção da saúde

Os profissionais de Enfermagem, em termos de promoção da saúde, deverão assumir na sua ação que os indivíduos, com os quais têm interações, criem condições de vida pelas quais possam expressar todo o seu potencial de saúde único. As pessoas têm a capacidade intrínseca de aceder às suas competências, numa perspetiva de evolução pessoal positiva, na tentativa de atingir uma regulação autónoma dos seus comportamentos, num equilíbrio entre a mudança positiva e a estabilidade. Os indivíduos na sua complexidade biopsicossocial interagem com o ambiente de forma contínua provocando alterações progressivas no mesmo e em si próprios. Os profissionais de saúde devem entender-se a si mesmos como uma parte desse ambiente, nomeadamente no âmbito das relações interpessoais, influenciando em certa medida os indivíduos durante o seu percurso de vida. No entanto nessa interação é essencial para os profissionais de saúde, nomeadamente os profissionais de Enfermagem, entender que a mudança de comportamentos tem de ser iniciada pelo próprio (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

A saúde é um conceito subjetivo, uma vez que se trata de uma representação mental individual, variável no tempo, onde cada pessoa procura, em cada momento no tempo, atingir um determinado nível de bem-estar físico, emocional e espiritual. Assim o conceito de saúde resulta de um processo dinâmico e contínuo (OE, 2001).

Segundo o mesmo autor, neste contexto, o enfermeiro, no seu exercício profissional, deverá considerar que nas abordagens interrelacionais entre o enfermeiro e a pessoa, família ou comunidade, tanto o próprio como a pessoa/comunidade têm quadros de valores e crenças resultantes das suas vivências pessoais e das condições ambientais em que elas ocorreram, pelo que cabe ao enfermeiro exercer a sua profissão com respeito e compreensão do outro abstendo-se de juízos de valor. Essa é a condição essencial para desenvolver uma verdadeira relação terapêutica com o utente, com respeito pelas suas competências e capacidades, valorizando o seu papel nas mudanças necessárias para atingir o seu potencial máximo e saúde (OE, 2001).

Deve por isso o enfermeiro focar a sua atenção na promoção dos projetos individuais de cada pessoa de forma a

> "prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente" (OE, 2001, p.11).

O Enfermeiro Especialista, conforme refere a OE no Regulamento nº 140/2019, no domínio da gestão dos cuidados, deve ter a competência de adaptar "a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (OE, 2019, p.4748), assumindo um papel central na implementação de intervenções planeadas pelo próprio ou por outros, de forma promover a utilização dos recursos de saúde da comunidade, dos recursos pessoais, familiares e comunitários de forma a lidar com os desafios de saúde que surgem ao longo de todo o ciclo de vida das populações, demonstrando desta forma a competência de gerir "os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" (OE, 2019, p.4748).

O exercício profissional de Enfermagem acontece num contexto multiprofissional, onde as várias profissões assumem um papel de complementaridade na resposta aos desafios de saúde das populações, pelo que se distinguem dois tipos de intervenções de Enfermagem: "as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes)" (OE, 2001, p.11) e "as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas)" (OE, 2001, p.12).

Em ambos os tipos de intervenções o enfermeiro assume sempre a responsabilidade pela implementação, sendo que quando falamos de intervenções autónomas, além da implementação, o enfermeiro está envolvido desde a tomada de decisão para a prescrição da intervenção. Conforme refere a OE, no Regulamento nº428/2018, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deverá demonstrar a competência de participar "na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde" (OE, 2018, p.19356).

Nas intervenções autónomas, de forma a poder ter uma tomada de decisão baseada na evidência, o enfermeiro deverá identificar as necessidades de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades. Assim que a identificação dos problemas de saúde é feita, o enfermeiro poderá então planear e desenvolver as intervenções de forma a prevenir ou resolver os mesmos (OE, 2001).

Neste contexto, também a OE, refere no Regulamento nº140/2019, que o Enfermeiro Especialista, deverá demonstrar a competência de basear "a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (OE, 2019, p.4749).

O International Council of Nurses [ICN] (2016) recorda que, embora o papel do enfermeiro tenha há muito tempo ido muito além das enfermarias de um Hospital, nem sempre tem tido a visibilidade que merece, pelo que o reconhecimento pelas intervenções comunitárias, de promoção da saúde, desenvolvidas tem sido muito reduzido. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que exercem a sua profissão em maior proximidade com as populações, numa relação de ajuda para com os seus projetos de vida, onde se insere a

promoção da saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis. Segundo a OE, no Regulamento nº140/2019, o Enfermeiro Especialista deverá suportar a sua prática clínica em evidência científica, e para isso "Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem" (OE, 2019, p.4749).

1.1.1.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

No momento da tomada de decisão para a intervenção torna-se essencial que o enfermeiro baseie as decisões num modelo teórico para a prática de Enfermagem, o que ajudará a entender a problemática e todas as suas componentes e assim a escolher uma abordagem de intervenção que tenha em consideração toda a complexidade do problema de saúde, podendo dessa forma prevenir ou resolvê-lo. Além da melhor compreensão dos problemas de saúde, a utilização de um modelo conceptual de Enfermagem contribui para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, no sentido em que contribui para o desenvolvimento dos conhecimentos que constituem a essência do exercício da profissão.

O Modelo de Promoção da Saúde, foi publicado inicialmente em 1982 por Nola J. Pender, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan, nos estados Unidos da América, tendo sido revisto e publicado em 1996, sendo que a sexta edição, foi publicada em 2010. As revisões efetuadas ao modelo teórico foram baseadas na pesquisa efetuada e também em considerações conceptuais, de forma a tornar este modelo teórico mais adaptado e com mais potencial de utilização em intervenções de Enfermagem estruturadas de promoção a saúde (McCullagh, 2013; Pender *et al.*, 2011; Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Os profissionais de Enfermagem tendem a abordar os indivíduos numa perspetiva de disfunção ou doença e não associada ao conceito de saúde, o que se torna limitante. Esta é uma abordagem negativa ao conceito de saúde, uma vez que o reduz à ausência de doença, uma perspetiva que se torna progressivamente inadequada à medida que conceitos como a qualidade de vida e a promoção de estilos de vida saudáveis têm cada vez mais importância. A definição de saúde de Pender é positiva, compreensiva, humanista e unificadora. Ela acredita que o conceito de saúde inclui um componente ligado à doença, mas não é este o elemento principal, engloba a pessoa como um todo, os seus estilos de vida, os seus pontos fortes, a sua resiliência, recursos, potencial e capacidades. Pender define saúde como o cumprimento do potencial humano inato e adquirido através de comportamentos focados nos seus objetivos pessoais, autocuidados competentes e no relacionamento satisfatório com outros enquanto faz os ajustes necessários de forma a manter a sua integridade e a harmonia com os ambientes relevantes onde está inserido. A característica mais relevante da definição de saúde de Pender é oferecer uma visão mais abrangente da saúde, uma vez que ela

aumenta grandemente as possibilidades de melhorias da saúde das pessoas por não centrar o seu foco na ausência de doença. Esta visão oferece aos enfermeiros oportunidades para o desenvolvimento de intervenções em pessoas, famílias e comunidades (McCullagh, 2013).

Na aplicação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender podemos avaliar inicialmente os comportamentos promotores de saúde da pessoa ou comunidade, através da avaliação da perceção da pessoa acerca dos benefícios de um determinado comportamento, os sentimentos associados a esse comportamento, a sua autoeficácia, quais as barreiras para iniciar um determinado comportamento e por fim quais são as influências situacionais e interpessoais que influenciam esse comportamento. Posteriormente, numa segunda fase, este modelo teórico sugere a identificação das características especificas da pessoa, nomeadamente as suas características demográficas, a perceção do seu estado de saúde e o seu histórico comportamental, permitindo a individualização do plano de cuidados. Neste contexto as intervenções de Enfermagem deverão ser desenhadas no sentido de mudar a perceção das pessoas acerca dos seus comportamentos de risco e de seguida a adoção de comportamentos promotores de saúde (McCullagh, 2013).

Para um melhor entendimento do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender o mesmo encontra-se ilustrado na figura 1.

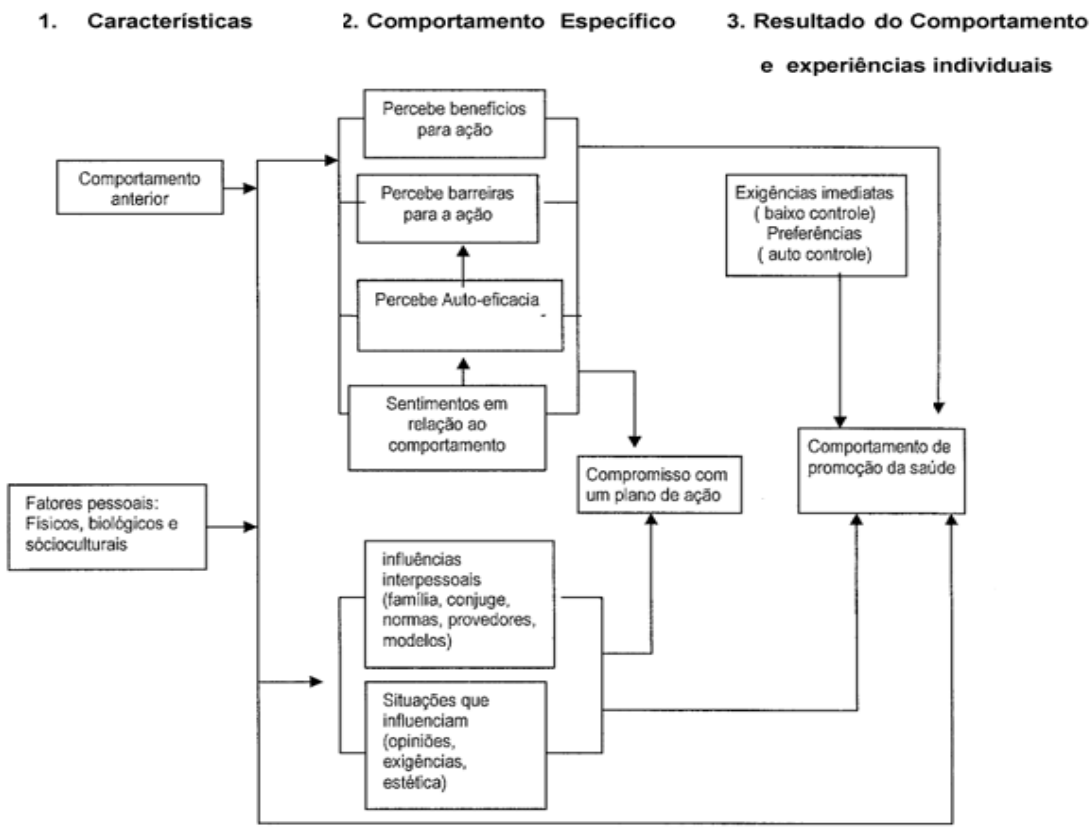


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Fonte: Victor et al. (2005)

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é composto por três componentes principais: características e experiências individuais; sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento e resultado do comportamento (Victor *et al.*, 2005).

Num primeiro componente realça-se que todos os nossos comportamentos anteriores foram moldados pelas nossas características e experiências individuais. Esses comportamentos são simultaneamente influenciados pelos nossos fatores pessoais, nomeadamente os fatores biológicos (idade, género e índice de massa corporal, etc.), psicológicos (automotivação, autoestima, perceção do seu estado de saúde e outros) e socioculturais (educação, estado socioeconómico, trabalho, entre outros) (Victor *et al.*, 2005).

Num segundo componente valoriza-se o domínio das cognições e sentimentos sobre um comportamento específico, que se deseja alcançar, e que se encontram no centro do modelo, constituindo os elementos principais a avaliar e também aqueles que podem ser alvo de modificação, no contexto das intervenções de Enfermagem. Nesta componente torna-se fundamental que a pessoa/comunidade seja capaz de entender quais são os benefícios da ação associados ao novo comportamento. É importante também que consiga identificar as **barreiras para a ação**, nomeadamente dos novos comportamentos promotores de saúde, sendo que é nesta autorreflexão que a pessoa encontrará as estratégias para ultrapassar essas barreiras e avançar para a ação. A dissipação destas barreiras à ação pode acontecer quando a pessoa está convicta que é capaz de realizar um determinado comportamento, ou seja tem um certo nível de **autoeficácia percebida**. Com esta autoeficácia percebida, a pessoa atinge um nível também mais elevado de autoconfiança, o que lhe permite assumir compromissos na mudança comportamental. Todos os comportamentos têm associados a si um determinado sentimento, o elemento do modelo, **sentimentos em relação ao comportamento**, foca precisamente a ligação entre um determinado comportamento e a reação emocional que ele desencadeia na pessoa, que pode ser positiva ou negativa, estando a frequência dos mesmos associada a estes sentimentos, um comportamento que gera sentimentos positivos será repetido mais vezes que um outro gerador de sentimentos negativos. Outro elemento desta componente do modelo são as **influências interpessoais**, tendo em consideração o papel que as relações entre a pessoa e os que a rodeiam, nomeadamente a família, os pares, etc. têm nos comportamentos do próprio. Os nossos comportamentos sofrem uma grande influência dos comportamentos daqueles que nos estão mais próximos, uma vez que a adoção de determinados comportamentos pode ter um impacto positivo ou negativo no relacionamento com determinada pessoa significativa, na perspetiva do individuo. Por fim neste componente temos as **influências situacionais**, que representam todas as situações que poderão influenciar positiva ou negativamente um determinado comportamento. Conforme referido anteriormente são principalmente nestes elementos que

o enfermeiro poderá atuar, na modificação das perceções e sentimentos relacionados com determinados comportamentos e assim permitir que a pessoa ou a comunidade possa pôr em prática comportamentos promotores de saúde (Victor *et al.*, 2005).

O último componente do modelo teórico é o resultado comportamental, e engloba o **compromisso com o plano de ação**, onde a pessoa assume o compromisso de manter o comportamento adotado. De seguida o modelo fala nas **exigências imediatas** e **preferências** e de que forma estas influenciam esse compromisso, sendo que as primeiras estão relacionadas com as exigências da família, do trabalho e outras, que podem impedir a manutenção do comportamento adotado e as segundas relacionadas com as preferências pessoais de cada um e a sua influência nos novos comportamentos. Por fim o modelo refere o **comportamento de promoção da saúde** que é o resultado final da aplicação do modelo potenciando a saúde, o bem-estar, a autorrealização, autoestima e a qualidade de vida da pessoa e da comunidade (Victor *et al.*, 2005).

No projeto de intervenção comunitária desenvolvido, de forma a avaliar os estilos de vida promotores de saúde da população alvo escolhida, foi usada a Escala Health Promotion Lifestyles Profile II [HPLP II], que é um dos instrumentos de colheita de dados que deriva deste Modelo.

1.1.2. Literacia em saúde

Historicamente a literacia em saúde estava, para alguns autores, associada e dependente em exclusivo das competência e habilidades da pessoa, para outros autores dependente do funcionamento do sistema de saúde. Recentemente houve uma evolução na compreensão de que a literacia em saúde se centra no relacionamento entre as competências da pessoa recetora de cuidados de saúde e os profissionais de saúde ou o sistema de saúde que presta os cuidados de saúde. As competências de literacia em saúde da pessoa são variáveis no tempo e dependem do contexto, o conceito de literacia em saúde é um conceito em evolução contínua e recentemente é cada vez mais visto como um aspeto transversal aos cuidados de saúde e uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de qualidade e em segurança (Parnell, 2015).

No dia 16 de março de 2016, com o Despacho nº 3618-A/2016, o XXI Governo Constitucional priorizou a promoção da saúde através da criação do Programa de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, procurando preparar e apoiar os “prestadores informais em cuidados domiciliários, prevenindo a diabetes, obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável bem como a utilização racional e segura do medicamento” (Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, 2016, p.8660-(5)). No preâmbulo refere-se os baixos níveis de literacia em saúde da população portuguesa e como esta

realidade é uma ameaça à sustentabilidade do próprio sistema de saúde, uma vez que a incapacidade da pessoa para a manutenção do seu estado de saúde aumenta a procura de cuidados de saúde (Secretário de Estado Adjunto e da Saúde-Saúde, 2016).

De acordo com a DGS (2019a), a OMS define literacia em saúde como um conjunto de "competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde" (DGS, 2019a, p.6). Em termos de saúde pública a literacia em saúde é um elemento-chave na capacitação das pessoas para estilos de vida saudáveis, na medida em que procura transmitir o "conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde" (DGS, 2019a, p.6), de forma a manter e melhorar a sua qualidade de vida ao longo de todo o seu percurso de vida.

De forma a avaliar o nível de literacia da população, segundo Parnell (2015), deverão ser considerados quatro domínios de competências cognitivas em adultos: a literacia (no sentido de compreender, avaliar, usar e envolver-se na participação na sociedade, atingir os seus próprios objetivos e desenvolver o seu autoconhecimento e potencial); componentes de leitura (compreensão de frases e compreensão básica de ideias e conceitos); numeracia (a capacidade de aceder, usar, interpretar e comunicar informações e ideias matemáticas) e resolução de problemas em ambiente digital (usando tecnologia digital, ferramentas de comunicação e redes para adquirir e avaliar informações, comunicar-se com outras pessoas e realizar tarefas práticas).

No inquérito realizado em 2016, acerca de literacia em saúde, também aplicado noutros países europeus, Portugal foi o país com menor percentagem da população com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%) e um valor elevado de pessoas com um nível problemático de literacia em saúde (38,1%). Destas pessoas foi possível identificar grupos vulneráveis em que mais de 60% das pessoas inquiridas apresentavam um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado e que são: pessoas com 65 ou mais anos; com baixos níveis de escolaridade; com rendimentos até 500€ mensais; com doenças crónicas; com uma auto-perceção de saúde "má"; que frequentaram, no último ano, 6 ou mais vezes, os cuidados de saúde primários; que se sentem limitados por terem alguma doença crónica (DGS, 2019a).

De forma a inverter esta situação, a DGS (2019a), defende estratégias que visem a uniformização, articulação e integração de projetos. Sendo que um dos objetivos estratégicos do plano de ação de literacia em saúde é adotar estilos de vida saudáveis, num contexto diário.

De acordo com Kickbusch, Pelikan, Apfel e Tsouros, (2013), intervenções de literacia em saúde direcionadas para prevenção de doenças não comunicáveis necessitam de ser de elevada intensidade, baseadas na evidência, testadas através de projetos piloto antes de uma implementação ampla, dando ênfase ao aumento de competências e dinamizadas por profissionais de saúde. Necessitam de ser intervenções que produzam ganhos em saúde de forma indireta, através do aumento de conhecimentos, autoeficácia ou mudança de comportamentos.

O sistema de saúde, em termos de literacia em saúde, tem um papel central no desenvolvimento de competências da pessoa e da comunidade e na promoção do seu nível de literacia em saúde. A efetividade dessa atuação do sistema de saúde é visível pelos tipos de serviços que presta, pelo tipo de interação dos profissionais com os utentes, pela facilidade de navegação do utente no sistema e pela facilidade de o utente aceder a informações e respostas que necessita. Se a prevenção da doença e a promoção da saúde surge da capacidade do utente compreender, apreender e atuar, então o sistema de saúde tem aqui uma enorme responsabilidade na forma como comunica com os utentes para que estes possam estar em condições de fazer as melhores escolhas em relação à sua saúde (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

1.1.2.1. Educação para a saúde

Como já aqui referido a promoção da saúde é um conceito complexo tendo em vista um bem-estar global da pessoa, da família e das comunidades. Entre os vários requisitos necessários para que a pessoa atinja o seu potencial máximo de saúde importa referir ainda a educação, uma vez que a promoção da saúde se potencia no desenvolvimento pessoal e social, pela divulgação de informações, intensificação de habilidades e educação para a saúde. Assim recorrendo novamente ao proposto na Carta de Ottawa, dos campos de ação propostos destaca-se a este respeito o desenvolvimento das habilidades pessoais, promovendo desta forma a autonomia da pessoa e a sua capacidade para adoção de estilos de vida saudáveis através de estratégias de educação em saúde, em programas educativos centrados em comportamentos de risco. Para que o uso da educação em saúde tenha eficácia na promoção da saúde é necessário que o profissional de Enfermagem compreenda os seus conceitos, a sua abrangência e a sua associação à comunicação, informação e escuta ativa (Salci *et al.*, 2013).

Em termos pedagógicos, Paulo Freire, propõe a autonomização da pessoa, inicialmente através da alfabetização de jovens e adultos e progressivamente foi sendo utilizada metodologia pedagógica para a promoção da saúde. A conceptualização da educação como sendo um processo de ação-reflexão-ação promove a capacitação dos indivíduos, uma vez

que evidencia a necessidade de uma ação concreta perante uma situação. Desta forma a educação para a saúde, onde existe um diálogo horizontal entre profissionais e utentes, promove o desenvolvimento da saúde individual e coletiva, uma vez que permite a construção da autonomia (Salci *et al.*, 2013).

Neste contexto importa referir o conceito de empoderamento, que se define como a capacitação dos indivíduos e grupos para tomar decisões sobre assuntos que lhes dizem respeito como política, economia, saúde, cultura, etc. De forma a promover o empoderamento é necessária uma educação para a saúde participativa e colaborativa entre profissional e utente, conseguindo assim que este adquira as ferramentas necessárias para o seu empoderamento. Para isso a pessoa tem de poder assumir um papel ativo e crítico perante o conjunto de saberes científicos que lhe são transmitidos. Esta capacidade de refletir individualmente acerca da sua realidade é essencial e exige ao profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, uma coresponsabilização nesse processo (Salci *et al.*, 2013).

Desde os anos oitenta do século passado que a prevenção da diabetes através de alterações de estilos de vida tem suscitado interesse da comunidade científica, a oportunidade para aprofundar o tema foi enfatizada em 2004 nas recomendações do Diabetes and Nutrition Study Group da Associação Europeia para o estudo da Diabetes. Desde então vários estudos randomizados controlados foram publicados e demonstram que a diabetes tipo 2 pode ser prevenida através do aumento da atividade física, da redução do peso corporal e com a mudança dos hábitos alimentares (Uusitupa *et al.*, 2019).

1.2. DIABETES MELLITUS

A Diabetes *Mellitus* é uma doença caracterizada pelo aumento da glucose sanguínea a longo prazo, considerando-se por isso uma doença crónica. Este aumento da glucose resulta de uma deficiência parcial ou total da produção de insulina por parte do corpo ou um uso ineficiente da hormona em circulação. A insulina é essencial, é uma hormona produzida no pâncreas que permite a utilização da glucose pelas células como fonte de energia. Esta alteração metabólica na utilização da glucose leva a níveis elevados de glucose no sangue, a hiperglicemia, que é o indicador clínico para o diagnóstico de diabetes. O diagnóstico é feito através de alguns níveis de referência da glicémia, nomeadamente a presença de um ou mais dos seguintes critérios: glicémia em jejum acima de 126 mg/dl; glicémia duas horas após a ingestão de 75g de glucose oral acima de 200 mg/dl; glicémia acima de 200 mg/dl; hemoglobina glicada acima de 6,5% (Federação Internacional de Diabetes [IDF], 2019).

Em 2019 existiam no mundo 463 milhões de pessoas com Diabetes Mellitus, fazendo com que esta se torne num desafio aos sistemas de saúde pela sua dimensão pandémica, uma vez que 9,3% da população mundial tem esta patologia, um número que, segundo as

previsões existentes, atingirá os 700 milhões no ano de 2045. Segundo a IDF (2019), o aumento crescente de pessoas com diabetes só pode ser invertido com uma abordagem de saúde em todas as políticas, promovendo estilos de vida saudáveis, de forma a prevenir a doença, num ambiente seguro e saudável, conforme previsto pelos ODS. Caso esta situação não seja invertida prevê-se que muitos países comecem a apresentar problemas de sustentabilidade do sistema de saúde em 2030.

Estavam inscritas, em 2018, no Serviço Nacional de Saúde [SNS] com diagnóstico de diabetes, 811 287 pessoas, correspondendo a 8,0% dos utentes inscritos. A região Alentejo tem o valor mais elevado de pessoas com Diabetes, que eram 48 426 pessoas, o que corresponde a 9,7% dos inscritos. A taxa de incidência nacional registada no mesmo ano foi de 0,65%, 65 853 novos casos, e mais uma vez a região Alentejo apresenta um valor mais elevado, que é de 0,7% (DGS, 2019b).

1.2.1. Risco de Diabetes Tipo 2

Abordaremos aqui a prevenção da Diabetes Tipo 2, que é o tipo mais comum de diabetes, correspondendo a cerca de 90% de todos os casos conhecidos. A Diabetes Tipo 2 caracteriza-se pela ineficiente utilização da insulina pelas células do corpo, inicialmente, sendo esta condição chamada de insulino-resistência. Durante este período a necessidade de maior quantidade da hormona causa uma exigência elevada de produção no pâncreas que mais tarde leva a uma falência deste órgão. O surgimento deste tipo de Diabetes está associado aos estilos de vida, nomeadamente ao excesso de peso e obesidade, à inatividade física, ao sedentarismo (IDF, 2019).

O Programa Nacional para a Diabetes Finlandês desenvolveu a escala Finnish Diabetes Risk Score [FINDRISC], que se baseia na aplicação de um questionário, acerca de estilos de vida e dados pessoais e familiares e estabelece uma probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2 nos dez anos seguintes. A FINDRISC estratifica o risco de diabetes tipo 2 em cinco graus: Baixo Risco (<7 pontos); Risco Ligeiro (7-11 pontos); Risco Moderado (12-14 pontos); Risco Alto (15-20 pontos) e Risco Muito Alto (>20 pontos). Os autores desta escala recomendam exames laboratoriais para descarte do diagnóstico de diabetes em pessoas com uma pontuação superior a 15, ou seja, com Risco Alto e Muito Alto (Cândido *et al.*, 2017).

O Programa Nacional para a diabetes [PND], nos últimos anos, tem promovido a avaliação do risco de Diabetes Tipo 2 através da aplicação da escala FINDRISC, em todas as unidades funcionais do SNS que prestam cuidados em contexto comunitário. No ano de 2019, tinham a avaliação do risco realizada cerca de 1,9 milhões de pessoas, que corresponde a 35% dos utentes inscritos elegíveis para esta avaliação, tendo sido registados 60 000 novos diagnósticos de diabetes (DGS, 2019b).

No ano de 2018, em Portugal, verificou-se que as pessoas com risco moderado, alto e muito alto constituíam 55,54% de todas as pessoas avaliadas, muitas destas pessoas poderão desenvolver diabetes nos próximos dez anos, se não alterarem os seus estilos de vida (DGS, 2019b).

Segundo a DGS (2019b), o investimento na prevenção da Diabetes Tipo 2, a nível nacional, deverá ser uma prioridade. Para atingir esse objetivo o PND considera que nesta fase é essencial uma coordenação dos programas estruturados de educação para a saúde, direcionados para a promoção de estilos de vida saudáveis, centralizada na DGS e a sua implementação ajustada às estruturas organizativas existentes no SNS, nomeadamente às que prestam serviços de saúde em contexto comunitário.

Relativamente às pessoas em risco de desenvolver diabetes Tipo 2, de forma a perceber o impacto real de intervenções educativas direcionadas à promoção de estilos de vida saudáveis, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento da doença, foi feita uma revisão sistemática da literatura e metanálise, que incluiu 63 estudos efetuados entre 1990 e 2015, tendo chegado à conclusão que as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis demonstraram uma redução de 29%, no risco de Diabetes Tipo 2, comparativamente àqueles que não foram alvo de qualquer intervenção. Através da metanálise foi possível concluir que as intervenções de educação para a saúde, de promoção de estilos de vida saudáveis, com grupos de utentes, são uma abordagem eficaz na prevenção da Diabetes Tipo 2. O impacto da Diabetes em todo o mundo está a aumentar pelo que serão necessários esforços específicos na implementação deste tipo de intervenções educativas (Galaviz *et al.*, 2018).

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem um papel central junto das comunidades, uma vez que procura dar resposta às necessidades individuais da comunidade. Desta forma, a implementação do Planeamento em Saúde torna-se uma mais-valia. O Planeamento em Saúde define-se "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." (Imperatori & Giraldes, 1993, p.23).

De acordo com os mesmos autores o Planeamento em Saúde é um método contínuo e dinâmico, constituído por diferentes etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação, ou seja, o planeamento visa identificar as necessidades de saúde da população, definir objetivos e estratégias, implementar as intervenções e posteriormente avaliando-as, melhorando o futuro das comunidades, num processo continuo, sucessivo e dinâmico.

A necessidade da construção de um Planeamento em Saúde deve-se às seguintes razões: insuficientes recursos; intervenção nas causas dos problemas; definição de prioridades; prevenir intervenções isoladas; racionalização das infraestruturas e utilização polivalente de equipamentos (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O diagnóstico de saúde é a primeira etapa do Planeamento em Saúde, sendo nesta fase que se identificam os principais problemas de saúde e se determinem as necessidades de saúde de uma determinada população. A concordância entre o diagnóstico e as necessidades da população irão determinar a pertinência do projeto. Para tal, o diagnóstico de saúde deverá ser suficientemente rápido de modo a permitir uma atuação em tempo útil, suficientemente alargado, de modo a identificar os problemas, suficientemente aprofundado, de modo que as soluções para esses problemas sejam pertinentes, sucinto e claro para que seja lido e entendido por todos. A qualidade do diagnóstico irá influenciar as etapas seguintes, nomeadamente as escolhas das prioridades, formulação de objetivos, formulação de estratégias e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992).

2.1.1. Caracterização do contexto

A UCC onde decorreu o estágio final situa-se no Baixo Alentejo que é uma sub-região integrada na região do Alentejo, situa-se a sul do Distrito de Évora, a oeste de Espanha e a norte do Distrito de Faro. Esta sub-região é constituída por 13 Concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, apresenta uma área territorial de 8542,72 km2 e uma população de 114 887 habitantes (INE, 2021a) tendo Beja como capital desta sub-região (Figura 2).

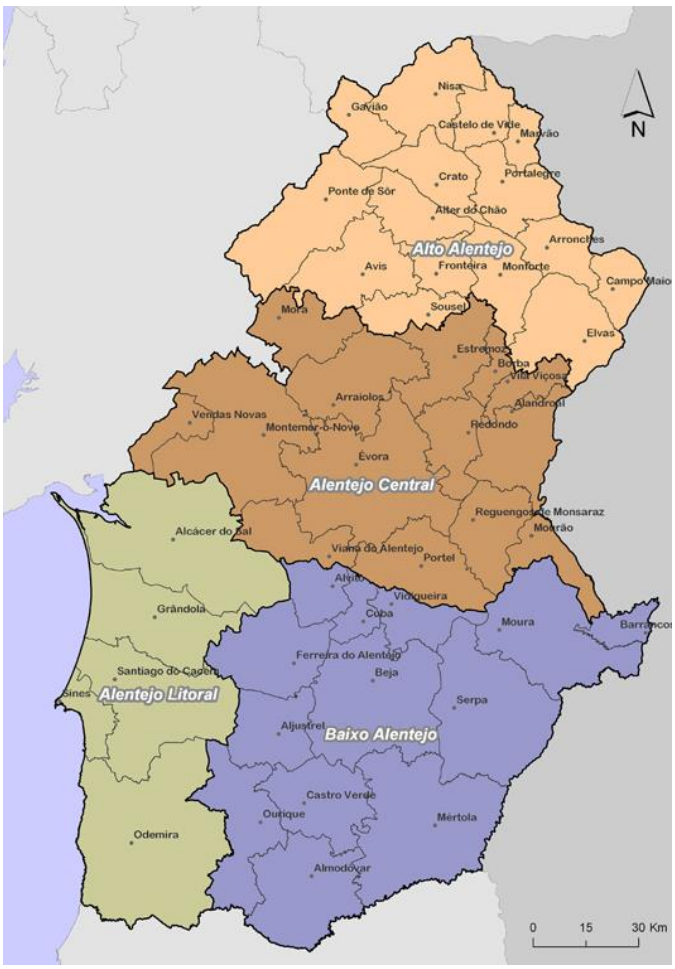


Figura 2 - Mapa geográfico da Região do Alentejo Fonte: https://www.ccdr-a.gov.pt/mapas/

A UCC encontra-se integrada no DCSP da ULSBA, EPE. As atribuições de uma Unidade Local de Saúde, Entidade Pública Empresarial [ULS, EPE],

> "constam dos seus regulamentos internos, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde." (MS, 2017, p.709)

A organização da prestação de cuidados de saúde primários, no contexto de uma ULS, EPE, "devem seguir, com as necessárias adaptações, o regime e a estrutura definidos no

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, e no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, integrando um departamento próprio." (MS, 2017, p.715)

O DCSP da ULSBA, EPE, tem como missão "garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica" (MS, 2008, p.1183).

A área de influência do DCSP acomoda todos os concelhos do Baixo Alentejo, sendo que no total existem neste departamento treze Unidades de Cuidados de saúde Personalizados [UCSP], uma Unidade de saúde Familiar [USF], cinco Unidades de Cuidados na Comunidade, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], uma Unidade de Saúde Pública [USP] e uma Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos.

Este departamento segue a missão dos Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES], ou seja, "desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados" (MS, 2008, p.1183), e para além disso "desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados" (MS, 2008, p.1183). Todas as unidades funcionais deste departamento deverão ser constituídas "por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e actua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES". (MS, 2008, p.1183)

A UCC onde se realizou o estágio final,

> 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 (MS, 2008, p.1184)

Ainda em termos de carteira de serviços, a UCC deve considerar "o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no PNS e centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre os programas em desenvolvimento" (MS, 2009, p.15439).

As UCC deverão ser compostas por "por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos" (MS, 2008, p.1184), e deverá desenvolver a sua ação em articulação com os técnicos da URAP. Esta é uma unidade funcional que "presta serviços de consultoria e assistenciais" às restantes unidades funcionais "e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares" (MS, 2008, p.1184). A URAP é constituída por "médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais" (MS, 2008, p.1184).

O ACES participa ainda na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados através das UCC, através das suas Equipas de Coordenadoras Locais, e constituem ainda uma equipa de cuidados continuados integrados (MS, 2008).

> Os centros de saúde asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis, e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população e características geodemográficas da área por eles abrangida e da disponibilidade de recursos. (MS, 2008, p.1184)

No processo de persecução da sua missão e para assegurar as atividades que lhes tão atribuídas, as UCC, deverão estar dotadas "dos necessários recursos humanos, financeiros, materiais e técnicos" (MS, 2009, p.15438).

No que se refere aos recursos humanos, a unidade dispõe de uma equipa de 3 enfermeiros, que desenvolvem a sua atividade em regime de exclusividade e um enfermeiro com 50% de tempo atribuído que está designado para as funções de coordenação da unidade. Conta também com a colaboração dos cinco médicos de medicina geral e familiar da UCSP do concelho da área de abrangência da UCC, uma assistente técnica e duas assistentes operacionais. A UCC tem também o apoio de profissionais da URAP, nomeadamente uma higienista oral, uma psicóloga clínica, um fisioterapeuta, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma assistente social e uma terapeuta da fala que dão apoio a tempo parcial em algumas áreas de intervenção.

O Centro de Saúde onde se desenvolveu o estágio final, segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [CSP], tinha 7837 utentes inscritos em junho de 2021, destes 28,78% são idosos (MS, 2021). Embora este seja o valor que nos é possível encontrar nas fontes utilizadas e oficiais, é com substrato que se poderá afirmar que além desta população inscrita existem ainda pessoas que por motivos laborais, familiares ou outros são alvo das intervenções comunitárias da UCC onde se desenvolveu este estágio.

De acordo com o gráfico 1, verifica-se que existe um predomínio da população na faixa etária entre os 55-59 anos nos homens e nos 70-74 anos nas mulheres, contudo regista-se um aumento da população a partir dos 40-44 anos até 65-69 anos.

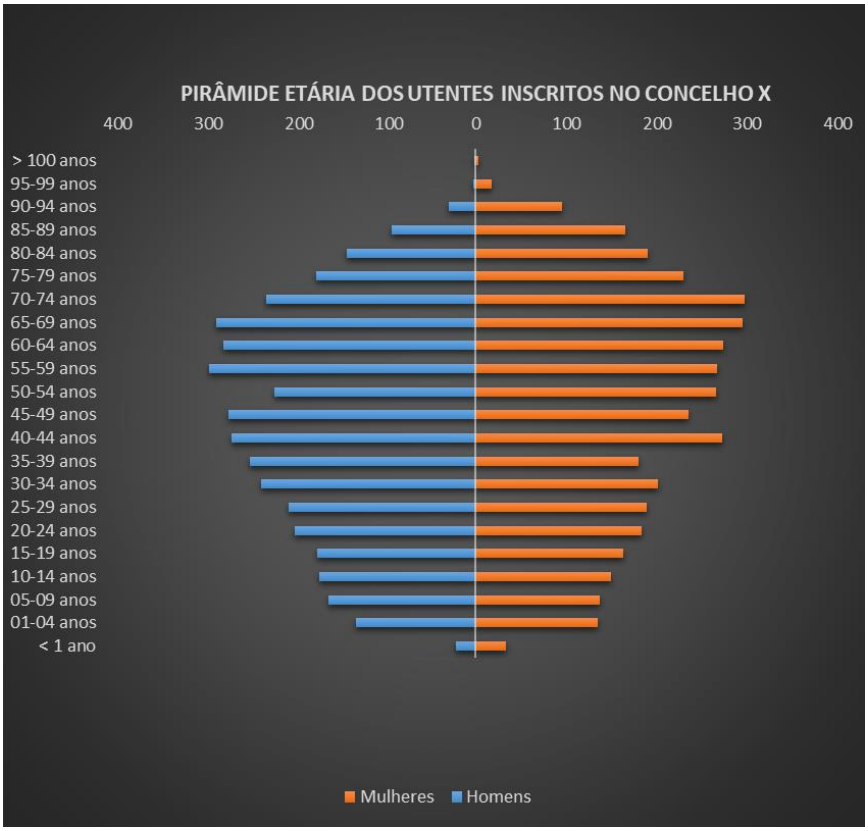


Gráfico 1 - Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos no Centro de Saúde do Estágio Final (junho de 2021). Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 22-08-2021, disponível em https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx

Tal facto deve-se ao envelhecimento populacional do concelho, segundo o índice de envelhecimento apresentado pelo INE, IP (2021b), por cada 100 jovens existem 205,4 idosos e um índice de dependência de 41,7, segundo INE, IP (2021c), acima do valor correspondente ao Alentejo de 41,4 e acima do valor nacional de 35,0 (tabela 1).

Local de Residência (NUTS – 2013)	**Índice de envelhecimento (Nº) por local de residência (NUTS-2013); Anual**
	Período de referência dos dados
	2020
	Nº
Portugal	167,0
Continente	169,6
Alentejo	208,9
Baixo Alentejo	194,0
Concelho X	**205,4**

Tabela 1 - Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013) - Anual - INE, Estimativas anuais da população residente. Fonte: INE/INSA (2021). Acedido a 22-08-2021 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

Desta população residente importa salientar a sua componente migratória, sendo que em 2020 apresentava uma percentagem de 8,2% de população estrangeira com estatuto legal de residente, um valor bastante acima da sub-região do Baixo Alentejo (3,9%) e também do valor

nacional (6,4%). Em termos concelhios são um total de 643 pessoas de 16 nacionalidades, sendo as que apresentam mais peso percentual, a Roménia, a Índia, o Brasil e o Reino Unido. Salienta-se ainda que numa análise por sexos, esta população migrante do sexo masculino representa 11,6% da população residente (Pordata, 2021a; Pordata 2021b).

A taxa de desempregados inscritos no Centro de Emprego e de Formação Profissional no total da população residente com 15 a 64 anos era de 5,2% em dezembro de 2020, um decréscimo significativo tendo como termo de comparação o valor de 10,7% em 2001 e abaixo do valor nacional de 5,8%, um resultado que se poderá associar aos investimentos agrícolas que se têm vindo a verificar no concelho (Pordata, 2021c).

Segundo a mesma fonte, o concelho apresentava em 2019 um rendimento mensal médio dos trabalhadores por conta de outrem de 979,5€, significativamente abaixo do valor nacional de 1206,3€ (Pordata, 2021d). Relativamente ao nível de escolaridade dos residentes com 15 e mais anos, segundo os Censos, verificamos que existem ainda 19,4% de pessoas sem nível de escolaridade, um valor elevado quando comparado com os 10,4% nacionais, e existem também 30,8% da população com apenas o 1º ciclo de escolaridade completo, estes dois grupos correspondem a metade da população do concelho, uma situação que, em conjunto com o rendimento disponível, tem repercussões nos comportamentos para a manutenção do seu estado de saúde e é um importante determinante social de saúde a considerar (Pordata, 2021e).

2.1.2. Estado de saúde

No contexto de uma intervenção comunitária, para que se possa percorrer todas as etapas do Planeamento em Saúde, e dar resposta às necessidades sentidas pela população e pela equipa de saúde, é fundamental avaliar o estado de saúde da população e assim desenhar uma intervenção que se ajuste especificamente a esta população.

No concelho de abrangência de cuidados da UCC, estão inscritas 2256 pessoas com 65 ou mais anos, correspondendo a 28,78% da população inscrita, como já referido anteriormente (MS, 2021).

Os principais problemas de saúde identificados na área de abrangência do DCSP da ULSBA, EPE, através da metodologia de elaboração do Plano Local de Saúde foram a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, perturbações depressivas, alterações do metabolismo dos lípidos, obesidade, abuso do tabaco, osteoartrose do joelho, doença cardíaca isquémica, osteoporose e doenças dos dentes/gengivas (ULSBA, EPE, 2018). Relativamente à mortalidade registam-se, em linha com o resto do país, no concelho da área de abrangência da UCC, como principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório

(30,8%), seguidas dos tumores malignos (18,8%), das doenças do aparelho respiratório (11,3%) e da diabetes (3,8%), no ano de 2019 (Pordata, 2021f).

Sendo este projeto de intervenção comunitária centrado na promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente os comportamentos relacionados com a prática de uma alimentação saudável, através da adoção dos princípios da dieta mediterrânica e com a prática da atividade física regular, nomeadamente através da redução do comportamento sedentário, torna-se importante analisar o estado nutricional da população e os seus hábitos de atividade física.

Relativamente aos hábitos alimentares, a sua inadequação representa o terceiro principal fator de risco para a perda de anos de vida saudável para as principais causas de morte identificadas (DGS, 2019c). Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2019), 14% das mortes registadas em Portugal estão associadas a riscos alimentares, nomeadamente à baixa ingestão de frutas e legumes e elevada ingestão de açúcares e sal.

Um dos resultados dessa inadequação alimentar, bem como da inatividade física, é o surgimento do excesso de peso e obesidade, no entanto, apesar dessa realidade, segundo a DGS (2019c), o registo de pré-obesidade e obesidade nos cuidados de saúde primários ainda é inferior ao esperado, pelo que os números que temos acesso não refletem a real situação da população portuguesa. Apesar desse registo deficiente, a percentagem de pessoas com obesidade regista-se nos 15,4%, segundo a OCDE (2019), acima da média europeia, sendo que na adolescência, em 2013 e 2014, uma em cada cinco pessoas com 15 anos tem excesso de peso ou obesidade e esses números continuam a aumentar. Esta organização ainda refere que esta situação está também associada ao baixo nível de exercício físico, sendo que em 2014 apenas 57% dos adultos em Portugal admitiram praticar um exercício físico semanal moderado, uma percentagem bastante inferior à média europeia que se situa nos 64%. Estes dados corroboram também a situação na adolescência uma vez que aos 15 anos apenas 5% das raparigas e 18% dos rapazes admitem praticar um exercício físico semanal moderado.

Segundo o Bilhete de Identidade dos CSP (2021), em dezembro de 2020, existiam no concelho da UCC 16,57% de utentes inscritos com obesidade, um valor acima da média nacional e um uma proporção de 14,77% dos utentes inscritos com excesso de peso, permitindo perceber que 31,34% dos utentes inscritos tem um peso corporal acima do valor normal.

Relativamente à atividade física, segundo a DGS (2020), em 2018 um terço de todas as mortes em Portugal estão associadas a fatores de risco comportamentais, como os riscos alimentares, consumo de álcool, hábitos tabágicos e atividade física insuficiente. Segundo o mesmo autor, níveis adequados de atividade física podem evitar 4,5% da prevalência de

doença cerebrovascular e também 4,0% dos casos de doença coronária, em termos mundiais, e estima-se que estes valores sejam superiores em termos europeus, pela existência de uma maior inatividade física relativamente a outras regiões do mundo.

Segundo os Dados do Inquérito Nacional de Saúde, de 2019, é sabido que 65% da população portuguesa com 15 ou mais anos de idade não pratica qualquer tipo de exercício físico, apenas 9% o faz, pelo menos, 5 dias por semana (DGS, 2020).

2.1.3. População-alvo

A população-alvo comporta os indivíduos que satisfazem os critérios de seleção anteriormente definidos e em relação aos quais o investigador tem interesse. A população-alvo raramente está acessível na sua totalidade, apenas uma porção da mesma está acessível ao investigador, mas deverá ser representativa da população-alvo (Fortin, 1999).

Em março de 2021 foi possível verificar, com recurso às bases de dados dos serviços de estatística da Unidade de Apoio à Gestão do DCSP da ULSBA, EPE, que existiam 2618 utentes inscritos na área de abrangência da UCC com avaliação de risco de diabetes tipo 2 efetuada, conforme gráfico 2.

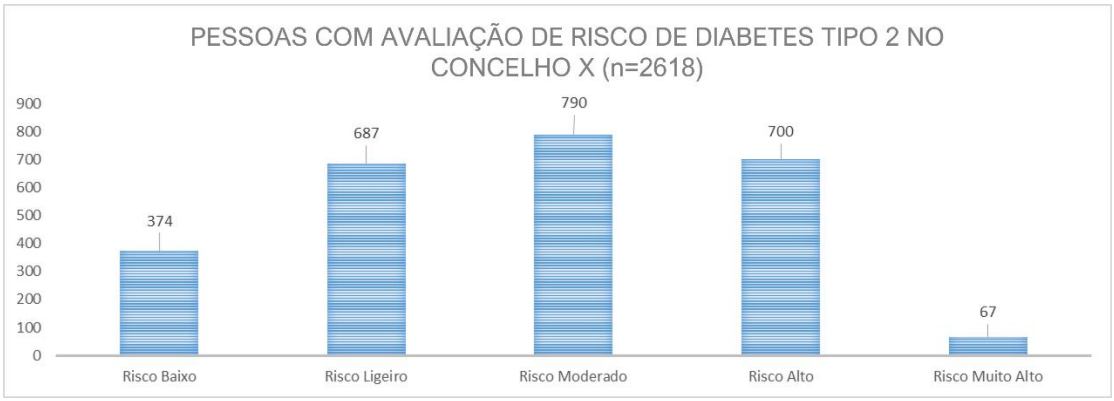


Gráfico 2 – Distribuição por grau de risco das pessoas com avaliação de risco de diabetes tipo 2 no concelho X, em março de 2021 Fonte: UAG/DCSP/ULSBA, EPE (2021)

De todos os utentes avaliados, em termos de estratificação do risco de diabetes tipo 2, 374 utentes apresentavam risco baixo e 687 risco ligeiro, sendo dois graus de risco que, segundo a Processo Assistencial Integrado da Diabetes Tipo 2 da DGS (2013), deverão apenas manter a reavaliação a cada 3 anos, de forma a verificar se o risco se mantém.

Existiam 790 utentes com risco moderado de desenvolver diabetes, o maior grupo de utentes em termos de grau de risco e, segundo a mesma informação da DGS (2013), deverão ser alvo de uma intervenção educativa direcionada aos seus estilos de vida, de forma a corrigir os seus fatores de risco e manter uma reavaliação do risco anual. Importa referir a este respeito que os utentes com risco moderado de diabetes tipo 2 estão a ser alvo de uma

intervenção de promoção de estilos de vida saudáveis ao nível do DCSP, com o Projeto "Saúde a Gosto!", coordenado pela Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes da ULSBA, EPE, que visa fomentar a prática de uma alimentação saudável, por via da reintrodução da dieta mediterrânica. No Baixo Alentejo os utentes com risco moderado representavam, à data de criação do referido projeto, cerca de 22,4% da população adulta com avaliação de risco de Diabetes tipo 2. Esse projeto consiste na realização de um ciclo de Workshops Culinários, num total de 6 sessões teórico-práticas, dinamizadas por uma equipa multidisciplinar (psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e outros), com o objetivo de capacitar e motivar os utentes para a prática de uma alimentação saudável de base mediterrânica. Ao longo da implementação do "Saúde a Gosto!" está prevista a constituição de cerca de 70 grupos de 20 utentes cada, o que representa aproximadamente 20% dos utentes identificados com risco moderado, em toda a área de abrangência da ULSBA, esperando-se que estes adotem e mantenham novas atitudes e comportamentos face à dieta mediterrânica, bem como à prática de estilos de vida saudáveis, nomeadamente ao nível dos hábitos alimentares, de forma a contribuir para o não agravamento do seu grau de risco.

Por último, no concelho onde decorreu o estágio final existiam 700 utentes com risco alto e 67 utentes com risco muito alto de desenvolver diabetes tipo 2, representando 29,29% dos utentes avaliados. Segundo a DGS (2013), estes utentes deverão ter acesso a uma consulta no DCSP da ULSBA, EPE para identificar utentes com diabetes tipo 2. Após essa consulta, caso não existam critérios para o diagnóstico, estes utentes deverão ser alvo de uma intervenção para promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente a alimentação saudável, prática regular de atividade física e, caso sejam fumadores, a cessação tabágica.

Dos utentes com risco alto e muito alto foi decidido, em conjunto com a equipa da UCC, que o impacto a longo prazo desta intervenção seria maior se esta se direcionasse a utentes em idade ativa, ou seja com uma idade inferior aos 65 anos de idade. Em termos de critérios de inclusão e exclusão, estabeleceu-se que seriam incluídas as pessoas com idade abaixo dos 65 anos e risco alto e muito alto de Diabetes Tipo 2, a 10 anos, atribuído através da aplicação do questionário FINDRISC, nos últimos 3 anos, e seriam excluídas as pessoas com diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, com avaliação do risco de diabetes tipo 2 realizado há mais de 3 anos, com risco de Diabetes Tipo 2 baixo, ligeiro ou moderado e com uma idade superior a 65 anos.

Tendo esse critério em consideração foi definida a população alvo deste projeto de intervenção comunitária, de 211 utentes inscritos com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2, com idade inferior a 65 anos.

Na maioria das vezes o investigador não tem acesso à totalidade da população alvo, o que exige o estabelecimento de uma amostra, que tendo dimensões mais reduzidas representa a nossa população-alvo (Fortin, 1999).

Tendo em conta o contexto pandémico e as dificuldades de acesso a uma população em idade ativa, foi definido que a amostra deveria englobar pelo menos metade da população alvo, com recurso às bases de dados da UAG, foram aleatoriamente definidas as pessoas a contactar, através do aplicativo Microsoft Excel, para as convidar a participar nesta fase do projeto de intervenção. Este contacto foi realizado telefonicamente, onde deram o seu consentimento para participar.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado a 115 utentes, correspondendo a 54,5% da população alvo.

Considerando que o PND se encontra a desenvolver um programa educativo intitulado "Mais Saúde Menos Diabetes", direcionado para esta população com risco aumentado de desenvolver Diabetes Tipo 2, e pelo facto de ser elemento da equipa do PND, nomeadamente no desenvolvimento desses materiais educativos, foi proposta a constituição de um grupo piloto, de 10 a 12 utentes, para a realização das sessões educativas previstas no programa, na UCC. Após a realização das sessões do programa "Mais Saúde Menos Diabetes" ao grupo piloto e recolhidas as opiniões e sugestões de melhoria, dos utentes e dos profissionais de saúde, será elaborada a versão final dos materiais educativos e o programa será aplicado em todo o território nacional, abrangendo todos os utentes inscritos no Serviço Nacional de Saúde com risco de diabetes tipo 2 alto ou muito alto.

2.1.4. Considerações éticas

Ao longo de todas as fases deste projeto de intervenção foram considerados e acautelados todos os aspetos éticos e legais.

O Enfermeiro Especialista, conforme referido pela OE no Regulamento nº 140/2019, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, deve desenvolver uma prática profissional, "ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional" (OE, 2019, p.4746).

Anteriormente a efetuar qualquer recolha de dados, tendo em consideração as obrigações ético-deontológicas, foram encetadas as seguintes diligências:

- Pedido de autorização para utilização da Escala Health Promoting Lifestyle Profile II (Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga, & Dixe, 2015), adaptada culturalmente por Canhestro em 2018 (Anexo III), com parecer positivo;

- Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de saúde do Baixo Alentejo sobre o projeto de intervenção comunitário em questão (Anexo IV), que deu parecer positivo;
- Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e posterior desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária ao Coordenador da Unidade de Cuidados na Comunidade, que deu o seu parecer positivo (Anexo V);

Durante a recolha, tratamento e exposição dos dados, foram desenvolvidas as seguintes diligências:

Durante a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi explicado, a cada participante, os fins dos dados recolhidos e lido o documento, foram esclarecidas todas as dúvidas, reforçando que a participação era voluntária, e que qualquer participante era totalmente livre de decidir acerca da sua participação, não havendo qualquer prejuízo caso decidisse não participar, podendo decidir desistir de participar em qualquer momento. Após essa leitura todos os participantes decidiram livre e esclarecidamente responder às questões colocadas através do instrumento de recolha de dados. Os participantes foram também informados de que todas as respostas seriam confidenciais e anónimas, servindo apenas para fins estatísticos, no âmbito deste projeto.

A recolha e tratamento de dados foi anónima, não existiram elementos recolhidos passíveis de identificar os participantes.

Os resultados obtidos apenas foram apresentados no âmbito deste projeto, conforme consentimento previamente concedido.

2.1.5. Instrumentos, técnicas e procedimentos

De forma a realizar o diagnóstico de saúde da população alvo, foi aplicado um instrumento de colheita de dados à amostra previamente referida.

Apesar da população alvo ser, desde logo, um grupo populacional que surge de uma avaliação dos fatores de risco no contexto de uma patologia, torna-se importante avaliar especificamente a população alvo do projeto de maneira a ajustar as intervenções planeadas às características especificas da mesma.

O instrumento de colheita de dados aplicado à amostra da população teve como objetivo avaliar os seus estilos de vida, tendo como referência os estilos de vida promotores de saúde.

Para efetuar essa avaliação foi utilizada a Escala HPLP II, elaborada e revista por Walker, Sechrist, & Pender (1995a), que foi validada e traduzida posteriormente para português por Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga & Dixe em 2015 (Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga, & Dixe, 2015). Esta escala foi o instrumento escolhido por estar completamente ajustado ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, abrangendo as áreas promotoras de estilos de vida

saudáveis, consideradas relevantes pelo modelo, e permitir assim o planeamento de intervenções nos eixos propostos (Walker, Sechrist & Pender, 1995b). A versão do instrumento de colheita de dados utilizada neste projeto de intervenção comunitária (Anexo I) foi adaptada culturalmente por Canhestro em 2018, tendo sido aplicada a uma população de meia-idade na mesma área geográfica (Canhestro, 2018).

A HPLP II mede o estilo de vida promotor de saúde na globalidade, através de 52 itens e mede simultaneamente o estilo de vida em seis domínios, ou subescalas, consideradas as principais dimensões de um estilo de vida promotor de saúde, que são: Responsabilidade em Saúde, Atividade Física, Nutrição, Relações Interpessoais, Crescimento Espiritual e Gestão do Stress. A métrica proposta para cada resposta varia entre Nunca (1), Algumas Vezes (2), Frequentemente (3) e Sempre (4), sendo que o score global e de cada subescala é obtido através da média das respostas dadas no conjunto das respostas ou em cada subgrupo (Walker *et al.*, 1995b).

De forma a obter a pontuação global do estilo de vida promotor de saúde, deverá ser calculada a média das respostas de cada indivíduo aos 52 itens, entre 1 e 4, seguindo as instruções das autoras como se encontra descrito no Anexo II, (Walker *et al.*, 1995b). No caso da pontuação média das respostas for igual ou superior a 2,5, considera-se o resultado positivo (Zhang, Tao, Ueda, Wei, & Fang, 2013). Se for obtida uma pontuação média superior a 3, considera-se que estamos perante uma elevada adoção de estilo de vida promotor de saúde, se a pontuação se situar entre 2,5 e 3, poderemos considerar que é uma moderada adoção de estilo de vida promotor de saúde e por último no caso da pontuação ser inferior a 2,5, considera-se que estamos perante uma baixa adoção do estilo de vida promotor de saúde, quer seja para avaliar a média global dos estilos de vida da população, quer seja para avaliar os seis domínios (Al-Khawaldeh, A., 2014).

2.1.6. Apresentação e análise de dados

Depois de aplicada a Escala HPLP II, e calculada a média das respostas de cada um dos 115 indivíduos aos 52 itens, entre 1 e 4, seguindo as instruções das autoras, foi possível verificar que apenas 44% da amostra adota um estilo de vida promotor de saúde (Gráfico 3).

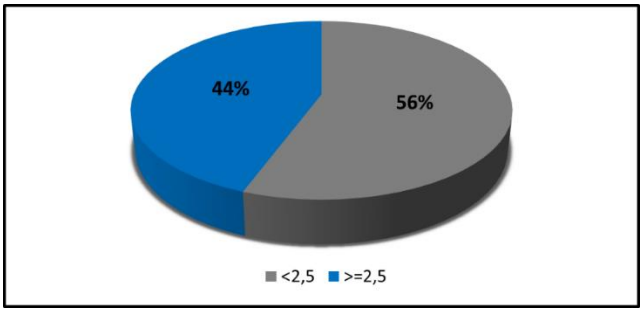


Gráfico 3 - Avaliação Global do HPLP II nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.

Através destes dados podemos concluir que a maioria dos indivíduos não adotam um estilo de vida promotor de saúde (56%), havendo por isso necessidade de uma intervenção direcionada a esta população, de promoção de estilos de vida saudáveis.

Como já referido neste relatório, a adoção de estilos de vida não saudáveis leva ao surgimento das principais patologias que são causa de mortalidade e morbilidade nesta área geográfica.

Para além da avaliação global, foram também avaliados os domínios que incorporam esta escala, nomeadamente a dimensão da Responsabilidade em Saúde, da Atividade Física, da Nutrição, das Relações Interpessoais, do Crescimento Espiritual e da Gestão do Stress.

Das seis dimensões, a componente que apresentou um score médio mais elevado foi a Relações Interpessoais (2,78), seguida do Crescimento Espiritual (2,69) e Nutrição (2,62), a componente Atividade Física foi a que apresentou um score médio mais baixo, de 1,59. Confrontando os resultados obtidos com aqueles que foram apresentados por Canhestro (2018), sendo a população inquirida parte integrante da população analisada por esta autora, podemos verificar que os resultados são similares, apontando-se apenas uma diferença relativamente às Relações Interpessoais e Crescimento Espiritual. Assinala-se que tal como verificado por Canhestro (2018) a dimensão da Atividade Física é a que apresenta os piores resultados, sendo o domínio onde a população demonstra menor adesão a um estilo de vida promotor de saúde (Tabela 2).

ESCALA / SUB-ESCALA	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
HPLP II Global	2,42	2,46	0,29	1,71	3,17
Responsabilidade em Saúde	2,54	2,64	0,27	2,16	2,88
Atividade Física	1,59	1,47	0,55	1,16	2,87
Nutrição	2,62	2,43	0,53	1,91	3,79
Crescimento Espiritual	2,69	2,72	0,24	2,30	2,99
Relações Interpessoais	2,78	2,77	0,23	2,50	3,23
Gestão de Stress	2,18	2,55	0,67	1,09	2,78

Tabela 2 – Síntese da análise do HPLP II Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito ao domínio da Responsabilidade em Saúde, a maioria dos inquiridos teve uma pontuação igual ou superior a 2,5, no entanto apenas 57% teve essa pontuação, sugerindo que é um domínio que poderá ter necessidade de intervenção (Gráfico 4). Canhestro (2018) sugere a existência de uma correlação positiva entre este domínio e o nível de escolaridade, rendimentos e autoeficácia percebida. A autora sugere também relativamente a esta dimensão, uma correlação negativa com o consumo de álcool.

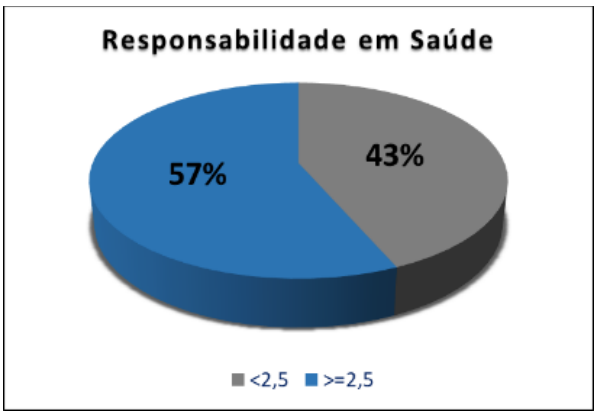


Gráfico 4 - Avaliação do HPLP II na dimensão Responsabilidade em Saúde, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.

Relativamente aos domínios do Crescimento Espiritual e Relações Interpessoais, a maioria dos inquiridos demonstra um estilo de vida promotor de saúde, com uma pontuação igual ou superior a 2,5, pelo que se considera que não existe necessidade de intervenção nestas duas dimensões.

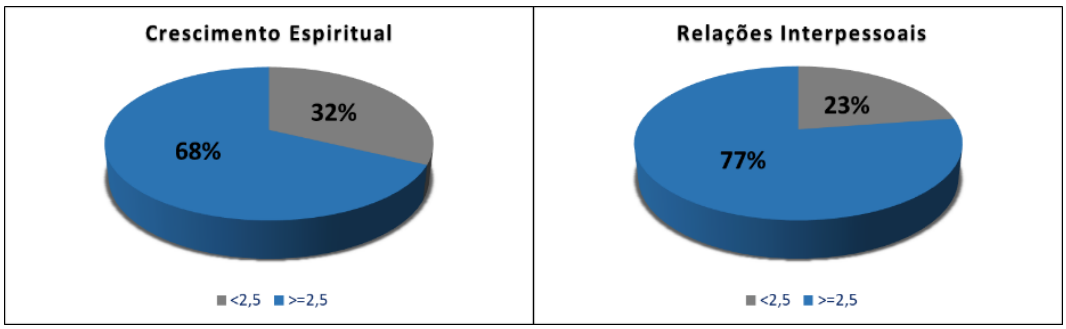


Gráfico 5 - Avaliação do HPLP II nas dimensões Crescimento Espiritual e Relações Interpessoais, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.

Analisando os resultados na dimensão da Gestão do Stress, verificamos que 78% da amostra apresenta um resultado inferior a 2,5, sugerindo que 8 em cada 10 inquiridos apresenta dificuldade na gestão do stress, como demonstra o gráfico 6.

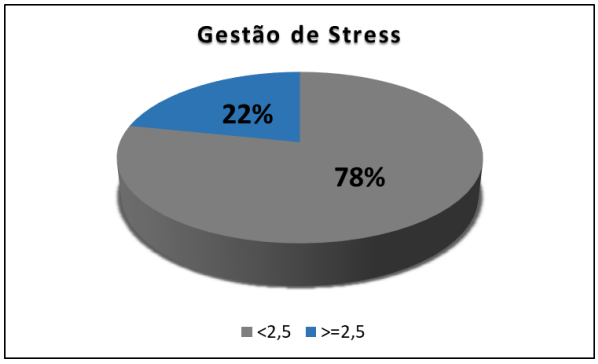


Gráfico 6 - Avaliação do HPLP II na dimensão Gestão de Stress, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.

Estes resultados podem, em parte, ser explicados pela situação pandémica devido ao coronavírus Sars-Cov-2, vivida no último ano e meio, tendo o seu impacto sobre a saúde mental dos portugueses. No **Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia** realizado em colaboração pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, o Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, apresentam os resultados da aplicação de 6859 questionários. Foram consideradas as dimensões de saúde mental como o bem-estar psicológico, a ansiedade, a depressão, a perturbação de stress pós-traumático, o burnout e a resiliência. O estudo revelou que 33,7 % da população geral mostrava sinais de sofrimento psicológico e que 27% reportou sintomas moderados a graves de ansiedade, 26% de perturbação de stress pós-traumático e 26,4% de depressão. Relativamente ao 1º Estudo Epidemiológico Nacional da Saúde Mental, estas são prevalências mais elevadas (Almeida *et al.*, 2020).

Ao avaliar os resultados no domínio da Nutrição, verifica-se que 64% apresentam um resultado positivo, sendo que 36% apresentam um estilo de vida não promotor de saúde na área da nutrição, apesar deste resultado, mais de um terço dos inquiridos ainda demonstra um défice de comportamentos nesta área essencial para uma vida saudável, sendo que se considera necessário um reforço da promoção de estilos de vida em termos de alimentação saudável (Gráfico 7). Segundo Canhestro (2018), um score mais baixo nesta dimensão está relacionado com um índice de massa corporal mais elevado, maior consumo de álcool e maior utilização de serviços de saúde.

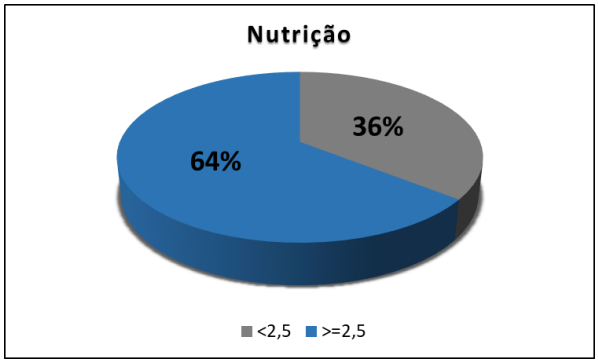


Gráfico 7 - Avaliação do HPLP II na dimensão Nutrição, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.

Finalmente no domínio da atividade física os inquiridos apresentaram o resultado mais negativo, uma vez que 95% teve uma média inferior a 2,5, apenas 5% demonstrou manter estilos de vida promotores de saúde nesta dimensão, sendo esta a par da alimentação uma das condições fundamentais para a manutenção da saúde, existe necessidade de uma intervenção que inclua a componente de promoção de atividade física regular (Gráfico 8).

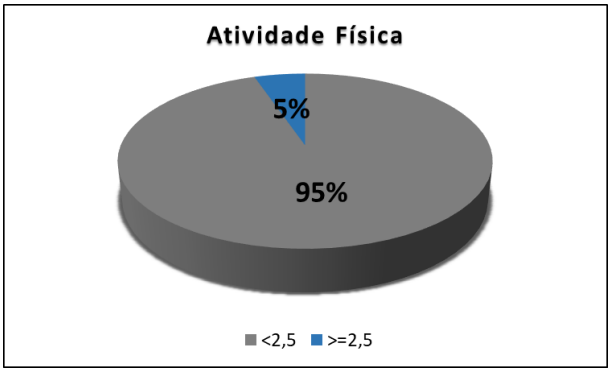


Gráfico 8 - Avaliação do HPLP II na dimensão Atividade Física, nas pessoas com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 no concelho X.

Através da análise dos dados recolhidos com a aplicação da escala HPLP II verifica-se a existência de necessidades de saúde, em termos educativos, no âmbito dos estilos de vida promotores de saúde nos utentes com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 do concelho da área de abrangência da UCC, com particular enfase nos domínios da atividade física, gestão de stress, nutrição e responsabilidade em saúde. Assim foram determinados como problemas de saúde o défice no domínio da Nutrição, défice no domínio da Gestão de Stress, défice no domínio da Atividade Física e défice no domínio da Responsabilidade em Saúde.

2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo a Metodologia de Planeamento em Saúde, assim que se encontra concluída a etapa de diagnóstico de saúde, é essencial a determinação das prioridades, através de um processo de hierarquização dos problemas identificados, priorizando aqueles que necessitam

ou mais facilmente podem ser solucionados. De forma a efetuar este processo de priorização torna-se fundamental refletir por um lado acerca de critérios que são essenciais como: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade, e por outro lado é essencial refletir acerca do horizonte temporal previsto para o projeto de intervenção comunitária e também se estão reunidos todos os recursos necessários para a ação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma das técnicas que podem ser usadas para a determinação de prioridades é a grelha de análise, tendo em conta os problemas de saúde identificados parece-nos que esta técnica se adequa.

A grelha de análise prioriza os problemas de saúde segundo os seguintes critérios: **Importância do problema**; **Relação entre o problema e o(s) factor(es) de risco**; **Capacidade técnica de resolver o problema**; **Exequibilidade do projeto ou da intervenção**. Durante a uso desta grelha (Figura 3), é atribuída a classificação mais (+) ou menos (-), sequencialmente, aos critérios descritos anteriormente. O resultado é obtido a partir dos valores que contam na grelha, sendo o valor 1 o que corresponde à prioridade máxima (Tavares, 1992).

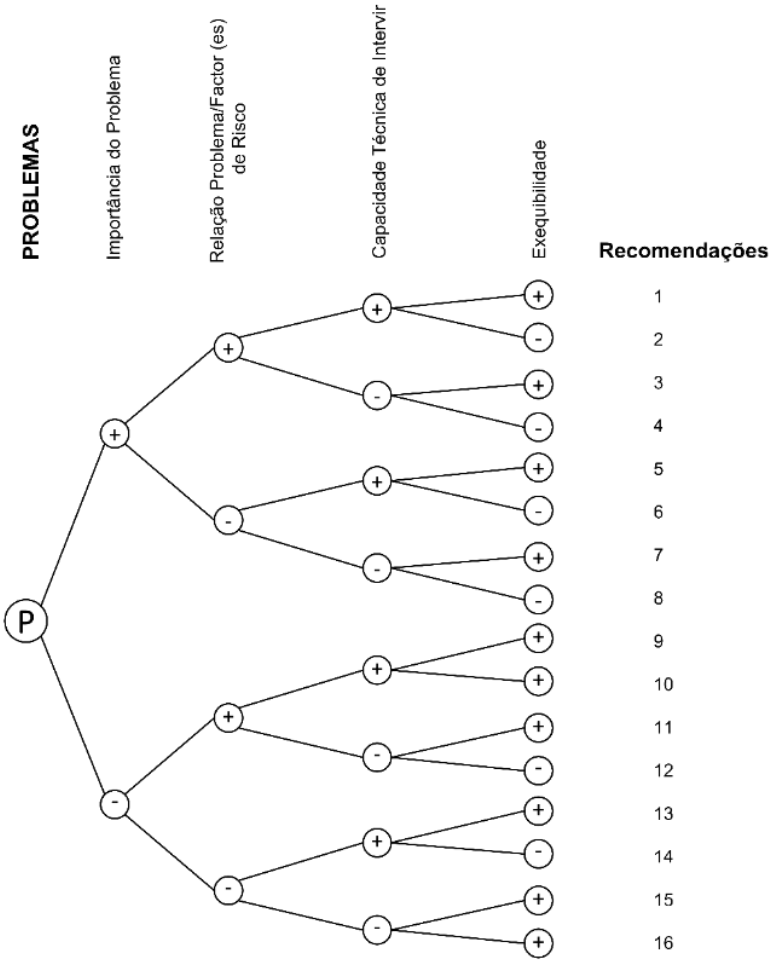


Figura 3 – Grelha de análise para determinação de prioridades Fonte: Tavares (1992)

Após a aplicação da grelha de análise aos quatro domínios da HPLP II identificados como estando deficitários em termos de adoção de estilos de vida saudáveis pela amostra da população alvo do projeto de intervenção comunitária, é possível verificar, através da tabela 3, que se considerou que o problema com prioridade máxima seria o "Défice no domínio da Nutrição", em segundo lugar o "Défice no domínio da Responsabilidade em Saúde", em terceiro lugar o "Défice no domínio da Atividade Física" e em quarto lugar o "Défice no domínio da Gestão de Stress".

PROBLEMAS	Défice no domínio da Nutrição	Défice no domínio da Gestão de Stress	Défice no domínio da Atividade Física	Défice no domínio da Responsabilidade em Saúde
Importância do Problema	+	+	+	+
Relação Problema/Fator (es) de Risco	+	-	+	+
Capacidade Técnica de Intervir	+	-	+	+
Exequibilidade	+	+	-	+
Prioridade	**1º**	**4º**	**3º**	**2º**

Tabela 3 - Resultado da determinação de prioridades segundo a Grelha de Análise. Fonte: Elaboração Própria

Foi ainda usada uma segunda técnica de priorização de problemas de saúde que é a técnica de comparação por pares. Esta técnica passa pela comparação entre dois problemas de cada vez, sendo cada um comparado com os restantes. Por cada par seleciona-se o problema mais relevante e na contagem final regista-se o número de vezes que o problema foi selecionado como relevante, a ordenação final é expressa em percentagem (Tavares, 1992).

Assim, de acordo com a tabela 4, onde podemos verificar a comparação entre os quatro problemas de saúde: P1- Défice no domínio da Nutrição; P2- Défice no domínio da Gestão de Stress; P3- Défice no domínio da Atividade Física; P4 – Défice no domínio da Responsabilidade em Saúde. Podemos concluir que o problema 1 (Défice no domínio da Nutrição) encontra-se em primeiro lugar, sendo considerado o mais importante, face ao problema 4 que ficou em segundo lugar (Défice no domínio da Responsabilidade em Saúde), ao problema 3 (Défice no domínio da Atividade Física) que ficou em terceiro lugar e ao problema 2 (Défice no domínio da Gestão de Stress) em quarto lugar.

Problemas	Comparação por pares	Resultado	Ordenação
P1	P1 P1 P1 P2 P3 P4	P1 = 3 (75%)	1º
P2	P2 P2 P2 P1 P3 P4	P2 = 0 (0%)	4º
P3	P3 P3 P3 P1 P2 P4	P3 = 1 (25%)	3º
P4	P4 P4 P4 P1 P2 P3	P4 = 2 (50%)	2º

Tabela 4 - Resultado da determinação de prioridades segundo a Comparação por Pares. Fonte: Elaboração Própria

Foram discutidos os resultados obtidos, na determinação de prioridades, com todos os profissionais de saúde da UCC de forma a determinar as estratégias de intervenção a adotar.

2.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Nesta etapa do Planeamento em Saúde pretende-se traduzir o trabalho realizado anteriormente de diagnóstico de situação e de definição dos problemas prioritários da população escolhida em objetivos que possam ser alvo de uma avaliação de resultados com a execução desta planificação. Esta etapa é por isso essencial uma vez que com o estabelecimento dos objetivos estamos a anunciar os resultados desejados na abordagem aos problemas identificados, de uma forma tecnicamente exequível, com o propósito de alterar a evolução ou tendência natural do mesmo. Esta definição de objetivos terá de ter sempre em consideração as políticas de saúde e os planos nacionais e locais de saúde, bem como outras orientações existentes na área. Considerar-se-á posteriormente que a diferença entre a tendência prevista do problema priorizado e os resultados obtidos, os ganhos em saúde resultantes da planificação efetuada. A definição de objetivos específicos e metas permitirá desenvolver indicadores operacionais e de impacto que permitam perceber os resultados obtidos (Imperatori & Giraldes 1993).

Para este projeto de intervenção comunitária e tendo em conta os resultados obtidos com o diagnóstico de saúde e a posterior determinação de prioridades, foi elaborado um objetivo geral e seis objetivos específicos, bem como treze objetivos operacionais/metas/indicadores (tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10).

Este projeto terá como objetivo de resultado, contribuir para a diminuição do risco de Diabetes Tipo 2, através da promoção da adoção de estilos de vida saudáveis nas pessoas com risco alto e muito de Diabetes Tipo 2, com menos de 65 anos de idade.

Para atingir esse objetivo delineamos como objetivos de processo:

Objetivo 1	Realizar uma sessão de apresentação do programa educativo a pelo menos 80% dos profissionais de saúde da UCC e UCSP de um Concelho da região do Baixo Alentejo.
Meta	Até julho de 2021, pelo menos 80% dos profissionais de saúde da UCC e UCSP de um Concelho da região do Baixo Alentejo participem numa sessão de apresentação do programa educativo.
Indicador	• Proporção de profissionais de saúde que estiveram presentes na apresentação do programa educativo.
Fórmula de Cálculo	$\frac{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC\ e\ UCSP\ presentes}{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC\ e\ UCSP\ do\ Concelho}$x100

Tabela 5 – Objetivo 1: Meta, Indicador, Fórmula de Cálculo Fonte: Elaboração Própria

Objetivo 2	Promover a capacitação de pelo menos 80% dos profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo para a dinamização das sessões educativas do Programa Educativo.
Metas	• Até julho de 2021, pelo menos 80% dos profissionais de saúde presentes nas ações de formação sejam capazes de dinamizar as sessões previstas no programa educativo; • Que pelo menos 60% dos profissionais de saúde sejam capazes de atingir um nível de 6 em 10 pontos da lista de verificação de observação.
Indicadores	• Proporção de profissionais de saúde que são capazes de dinamizar as sessões previstas; • Proporção de profissionais de saúde que atingiram um nível 6 da lista de verificação.
Fórmulas de Cálculo	$\frac{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC\ capazes\ de\ dinamizar\ as\ sessões}{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC}$x100

	$\frac{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC\ que\ atingiram\ o\ nível\ 6}{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC\ que\ dinamizaram\ as\ sessões}$x100

Tabela 6 – Objetivo 2: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria

Objetivo 3	Realizar o Programa Educativo a um grupo piloto de utentes com risco alto ou muito alto de Diabetes tipo 2 de um Concelho da região do Baixo Alentejo.
Metas	• Até dezembro de 2021, exista pelo menos um grupo piloto de utentes, de 10 utentes, com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2; • Até março de 2022, pelo menos 80% dos utentes participem nas sessões educativas planeadas.
Indicadores	• Existência de um grupo de utentes convidado a participar no programa educativo; • Proporção de utentes presentes nas sessões educativas do programa educativo.
Fórmula de Cálculo	$\frac{utentes\ presentes\ nas\ sessões\ educativas}{utentes\ convidados\ para\ as\ sessões\ educativas}$x100

Tabela 7 – Objetivo 3: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria

Objetivo 4	Revisão/Reformulação do programa de educativo para os utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2
Metas	• Até maio de 2022, promover uma reunião de reformulação dos materiais pedagógicos com a presença de 80% dos profissionais de saúde da UCC; • Até junho de 2022 efetuar a revisão/reformulação de 100% dos materiais pedagógicos.
Indicadores	• Proporção de profissionais de saúde da UCC presentes na reunião de revisão dos materiais pedagógicos do Programa Educativo; • Proporção dos materiais pedagógicos do Programa Educativo revistos.

Fórmula de Cálculo	$\frac{materiais\ pedagógicos\ revistos}{materiais\ pedagógicos\ \text{elaborados}}$x100 $\frac{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC\ presentes\ na\ reunião}{profissionais\ de\ saúde\ da\ UCC}$x100

Tabela 8 – Objetivo 4: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria

Objetivo 5	Implementação do Programa Educativo na população alvo
Metas	• Até julho de 2022, realizar uma sessão de apresentação do programa educativo a 80% dos representantes do município; • Até outubro de 2022, criar 100% dos grupos de utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2; • Até julho de 2024, promover a frequência no programa educativo de pelo menos 30% dos utentes com risco alto e muito alto de um Concelho da região do Baixo Alentejo.
Indicadores	• Proporção de representantes do município presentes na reunião de apresentação do Programa Educativo; • Proporção de grupos de utentes constituídos; • Proporção de utentes que participaram no programa educativo.
Fórmula de Cálculo	$\frac{representantes\ do\ municipio\ presentes\ na\ reunião\ de\ apresentação}{representantes\ do\ municipio\ convidados\ para\ a\ reunião\ de\ apresentação}$x100 $\frac{numero\ de\ grupos\ de\ utentes\ constituidos}{numero\ de\ grupos\ de\ utentes\ previstos}$x100 $\frac{utentes\ que\ participaram\ no\ programa\ educativo}{utentes\ com\ risco\ alto\ e\ muito\ alto\ de\ Diabetes\ Tipo\ 2}$x100

Tabela 9 – Objetivo 5: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria

Objetivo 6	Monitorização do Programa Educativo
Metas	• Que em julho de 2024, pelo menos 30% dos utentes demonstrem, através do questionário PREDIMED, ter aumentado a sua adesão a uma dieta de mediterrânica; • Que, em julho de 2024, pelo menos 30% dos utentes demonstrem, através do questionário IPAQ, ter aumentado os níveis de atividade física; • Que, em julho de 2024, pelo menos 20% dos utentes com excesso de peso ou obesidade reduza em 7% o seu peso.
Indicadores	• Proporção de utentes com adesão à dieta mediterrânica; • Proporção de utentes com aumento do nível de atividade física; • Proporção de utentes com excesso de peso ou obesidade com redução de 7% do peso.
Fórmula de Cálculo	$\frac{utentes\ que\ aderem\ à\ dieta\ mediterrânica}{utentes\ que\ participaram\ no\ programa\ educativo}$x100 $\frac{utentes\ que\ aumentaram\ o\ nível\ de\ atividade\ física}{utentes\ que\ participaram\ no\ programa\ educativo}$x100 $\frac{utentes\ com\ excesso\ de\ peso\ ou\ obesidade\ com\ redução\ de\ 7\%\ do\ peso\ inicial}{utentes\ com\ excesso\ de\ peso\ ou\ obesidade\ que\ participaram\ no\ programa\ educativo}$ x100

Tabela 10 – Objetivo 6: Metas, Indicadores, Fórmulas de Cálculo Fonte: Elaboração Própria

2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Depois de ultrapassadas as etapas de diagnóstico de saúde, identificadas as necessidades em saúde, priorizados os problemas de saúde e definidos objetivos e indicadores podemos avançar para a seleção de estratégias de intervenção. A seleção de estratégias é uma das etapas fundamentais no Planeamento em Saúde, consiste na escolha do caminho mais adequado para a redução dos problemas de saúde prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como já foi referido anteriormente, o modelo teórico de referência para este projeto de intervenção e também para a escolha do instrumento de avaliação dos problemas de saúde foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, pelo que este será desde logo a primeira referência para a seleção de estratégias. Este modelo permite-nos, em termos de aplicação prática, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde que têm como ponto de partida os comportamentos anteriores da pessoa e a sua tomada de consciência acerca dos mesmos, através de um processo de autodescoberta, nomeadamente com a reflexão do impacto das suas características e experiências individuais, dos sentimentos e conhecimentos que estão envolvidos no comportamento anterior e também os passos necessários para atingir o comportamento promotor de saúde e os obstáculos que poderão surgir nessa mudança de comportamento. Ao promover a tomada de consciência da autoeficácia percebida, e o seu papel importante na capacidade de mudança de comportamentos de risco, os profissionais de saúde podem motivar para a adoção de comportamentos promotores de saúde, e neste âmbito a estratégia mais usual e consensual é a educação para a saúde (Pender, 1996).

Além do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foram também usados como referência para seleção de estratégias os ODS, nomeadamente por se tratarem de comportamentos que se encontram influenciados pelas condições de vida e muitas vezes estes resultarem da ação dos DSS, pelo que os ODS, pela sua visão integradora de todas as políticas para o bem-estar em geral, são uma referência importante nas estratégias escolhidas. Nos ODS será tido como referência específica o ODS **Saúde de Qualidade**, no seu objetivo geral de "garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades" (MNE, 2017, p.22) e ainda no seu objetivo específico de "reduzir a taxa de mortalidade prematura, aumentar a esperança de vida saudável para os 65 anos e reduzir fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis" (MNE, 2017, p.22).

Foram ainda referência para a seleção de estratégias os planos e programas nacionais que abrangem as áreas aqui referidas de promoção da saúde, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde extensão a 2020, o Programa Nacional para a Diabetes, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Foi discutida a possibilidade de este projeto de intervenção ser um projeto piloto do programa de educação para a saúde intitulado "Mais Saúde Menos Diabetes", coordenado pelo Programa Nacional para a Diabetes da DGS, com a colaboração do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, que tem como objetivo a prevenção primária da Diabetes Tipo 2, através da promoção de uma alimentação saudável e prática da atividade física regular, tendo como população-alvo precisamente as pessoas com risco moderado, alto e muito alto de

desenvolver Diabetes Tipo 2. Esta possibilidade foi recebida com entusiasmo pela equipa de profissionais da UCC, tendo posteriormente sido discutida com a diretora do Programa Nacional para a Diabetes e feito o pedido de autorização dirigido à própria, com parecer positivo (Anexo VI).

Para este projeto de intervenção comunitária, foram escolhidas as seguintes estratégias de intervenção:

- **Abordagem multidisciplinar.** Durante o planeamento e execução de um projeto de intervenção comunitária, o envolvimento de todos os profissionais de saúde que em algum momento podem acrescentar valor ao projeto é uma condição essencial no modelo organizativo dos cuidados de saúde em contexto comunitário. Pelo grau de desenvolvimento profissional e de complexidade das áreas de conhecimento de cada técnico de saúde torna-se imperioso o envolvimento, neste projeto, de todos os elementos das equipas de Enfermagem da UCSP e da UCC, da nutricionista, do psicólogo e dos técnicos superiores de desporto de instituições externas aos serviços de saúde (autarquia).
- **Parcerias.** Uma vez que o projeto pretende envolver parceiros na comunidade, estão previstas no mesmo a realização de reuniões com os responsáveis dessas entidades para apresentar o projeto e os objetivos do mesmo, fazer os ajustes necessários, articular a sua implementação e monitorização. Estabelecer essas parcerias é uma mais-valia para este projeto tanto em termos de aumento dos resultados esperados como na sua longevidade.
- **Divulgação do projeto.** Para um maior sucesso do projeto considerou-se fundamental a divulgação do mesmo, tanto os seus objetivos como as suas atividades e resultados esperados. De forma a conseguir a divulgação do projeto foi feita a apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde aos profissionais de saúde envolvidos e está prevista a sua apresentação aos parceiros na comunidade. Foram também divulgadas as atividades previstas ao longo do projeto. As atividades futuras previstas e os resultados obtidos serão também apresentados a todos os envolvidos, nomeadamente aos profissionais e parceiros, e serão ainda divulgados nos meios de comunicação locais para um maior envolvimento da comunidade no projeto.
- **Programa Estruturado de Educação Terapêutica.** Através do diagnóstico de saúde realizado podemos verificar a necessidade de promover a adoção de estilos de vida saudáveis em determinados domínios, através de sessões de educação para a saúde que promovam o empoderamento das pessoas que constituem a

população alvo e aumentem a sua literacia em saúde na área da alimentação e atividade física. O desenho dessas sessões deverá seguir um modelo estruturado, cujas sessões educativas tenham uma sequência e conteúdos elaborados pela equipa multidisciplinar. Será implementado, com a autorização da DGS, através do PND, o Programa "Mais Saúde Menos Diabetes", cujos materiais educativos se encontram na fase final de desenvolvimento pelas equipas do PND, PNPAF e PNPAS, estando agora prevista a sua aplicação a um grupo de utentes de forma a testar a sua eficácia. Este programa educativo, depois de testado com um grupo de utentes irá ficar disponível para implementação na área de abrangência da UCC e no resto do país.

De forma a analisar a pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia definida, foi elaborada a tabela 11.

Estratégias	Pertinência (Ganhos em Saúde)	Vantagens	Inconvenientes
Abordagem multidisciplinar	Um maior envolvimento de áreas de conhecimento representa uma maior abrangência e apoio na implementação do projeto.	Fortalecimento da qualidade dos conteúdos e capacidade de implementação do projeto.	Limitado à capacidade de articulação e de convergência dos vários profissionais.
Parcerias	Conseguir o envolvimento da comunidade em geral e das entidades que têm um papel ativo na mesma para que promoção de estilos de vida não fique restrita aos intervenientes da área da saúde.	Adaptação do projeto às características especificas desta comunidade com estratégias de implementação adequadas ao mesmo.	Limitado à disponibilidade das entidades envolvidas.
Divulgação do projeto	Divulgar o projeto de intervenção e as atividades previstas no mesmo de maneira a promover a participação dos utentes.	Maior sentido de compromisso dos parceiros envolvidos e maior participação de utentes.	Disponibilidade para divulgação.
Programa Estruturado de Educação Terapêutica	Utilização de um programa educativo já desenhado e estruturado para população alvo que terá uma avaliação e implementação de âmbito nacional.	Utilização de conteúdos pedagógicos com maior rigor científico e alinhados com os três programas nacionais envolvidos.	Com capacidade de adaptação dos conteúdos à população alvo limitada.

Tabela 11 - Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia Fonte: Elaboração Própria

2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL, IMPLEMENTAÇÃO E INTERVENÇÃO

Nesta etapa do Planeamento em Saúde pretende-se criar as bases e os termos em que os assuntos abordados nas fases anteriores serão executados no terreno e simultaneamente

definir em detalhe as ações a desenvolver. Serão pormenorizadas as atividades desenvolvidas, recorrendo a uma tabela e a sua execução, incluindo os recursos necessários, num cronograma de forma a calendarizar as ações e permitir um controlo temporal das atividades já realizadas e previstas no futuro, o que contribuirá também para a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

De forma a melhorar a perceção do envolvimento de cada elemento nesta fase da Metodologia do Planeamento em Saúde, foi elaborada a tabela 12. Esta tabela auxiliou na distribuição das funções/atribuições de cada elemento da equipa do projeto.

Gestão do Projeto
Mestrando José Dores
Equipa de Coordenação do Projeto
Enfermeiro Coordenador X
Enfermeiro Supervisor do Estágio Final
Equipa do Programa Nacional para a Diabetes
Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes da ULSBA, EPE
Equipa de Execução do Projeto
Mestrando José Dores
Enfermeiros da Equipa da UCC
Nutricionista
Psicólogo
Técnico Superior de Desporto da Câmara Municipal X

Tabela 12 - Gestor, equipa de coordenação e equipa de execução do projeto Fonte: Elaboração Própria

2.5.1. Intervenções/atividades

De maneira a perceber as intervenções/atividades planeadas e a sua execução no plano temporal foi elaborada a tabela 13.

Atividades	Pessoas Envolvidas	Data	Objetivo que pretende atingir	Avaliação
Elaboração do Material educativo e preparação de sessões educativas.	Equipa de Gestão do Projeto Equipa Programa Nacional para a	De abril a junho de 2021	Elaborar de forma colaborativa em equipa interdisciplinar os materiais educativos para realização de	Realização de cinco reuniões com os parceiros

	Diabetes da DGS		sessões com utentes.	Conclusão dos materiais educativos
Reunião com os profissionais de saúde da UCSP e USF	Equipa de Gestão do Projeto Coordenador da Unidade Enf. Responsável Enfermeiros Médicos Psicólogo Nutricionista	Julho de 2021	Dar a conhecer o projeto de intervenção Envolver e motivar os profissionais de saúde para a avaliação do risco de Diabetes tipo 2	Realização de uma reunião com a presença dos profissionais da UCSP e UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo Taxa de adesão dos profissionais de saúde à reunião
Reuniões Formativas de capacitação dos profissionais da UCC para a dinamização do Programa Educativo.	Equipa de Gestão do Projeto Coordenador da Unidade Enfermeiros Psicólogo Nutricionista	Julho de 2021	Discutir com a equipa de profissionais de saúde da UCC as dinâmicas previstas nas sessões educativas e a aplicabilidade do material pedagógico. Envolver e motivar os profissionais de saúde da UCC para a simulação das sessões educativas através da técnica de role playing.	Realização de duas reuniões formativas com os profissionais de saúde da UCC Taxa de adesão dos profissionais de saúde às reuniões formativas

Criação de um grupo de teste de utentes com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2	Equipa de Gestão do Projeto Equipa Programa Nacional para a Diabetes da DGS Profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo	De julho a dezembro de 2021	Identificar e convidar utentes da população-alvo a participar nas sessões educativas. Aferir a disponibilidade dos utentes e profissionais para a realização das sessões educativas.	Ter 10 a 12 utentes que pertencem à população-alvo disponíveis para participar nas sessões educativas. Realização do agendamento das sete sessões educativas.
Realização de sessões de educação para a saúde do grupo de teste.	Equipa de Gestão do Projeto Equipa Programa Nacional para a Diabetes da DGS Profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo	De janeiro a março de 2022	Aumentar os conhecimentos dos utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2 acerca de: Diabetes e risco de Diabetes tipo 2; Alimentação saudável; Prática regular de atividade física; Estratégias para a adoção e manutenção de novos hábitos.	Aplicação de um questionário de conhecimentos antes e após as sessões Aplicação de um questionário de satisfação Realização das sessões previstas Taxa de adesão dos utentes convidados
Avaliação das sessões de educação para a saúde do grupo de teste.	Equipa de Gestão do Projeto Equipa Programa Nacional para a Diabetes da DGS Profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo	De abril a junho de 2022	Avaliar a adesão dos utentes às sessões de educação para a saúde; Avaliar o feedback dos utentes acerca das sessões de educação para a saúde; Avaliar o feedback dos profissionais de saúde da UCC Ajustar conteúdos e materiais educacionais que	Realização de uma reunião de equipa gestora e dinamizadores Revisão dos conteúdos educativos tendo em consideração o feedback dos utentes e profissionais do grupo de teste.

			se considerem ineficazes.	
Reunião com os representantes do Município	Equipa de Gestão do Projeto Coordenador da UCC Psicólogo Nutricionista Representantes do Município	Julho de 2022	Dar a conhecer o projeto de intervenção Envolver e motivar o Município na colaboração e participação deste projeto.	Realização de uma reunião com a presença dos representantes do Município de um Concelho da região do Baixo Alentejo Taxa de adesão dos representantes do Município
Criação grupos de utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2	Equipa de Gestão do Projeto Profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo	De julho a outubro de 2022	Identificar e convidar utentes da população-alvo a participar nas sessões educativas. Aferir a disponibilidade dos utentes e profissionais para a realização das sessões educativas.	Ter utentes que pertencem à população-alvo disponíveis para participar nas sessões educativas. Realização a criação de grupos de utentes e o agendamento das sessões educativas.

Realização de sessões de educação para a saúde aos utentes da população-alvo.	Equipa de Gestão do Projeto Profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo	De outubro de 2022 a julho de 2024	Aumentar os conhecimentos dos utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2 acerca de: Diabetes e risco de Diabetes tipo 2; Alimentação saudável; Prática regular de atividade física; Estratégias para a adoção e manutenção de novos hábitos.	Aplicação de um questionário de conhecimentos antes e após as sessões Aplicação de um questionário de satisfação Realização das sessões previstas Taxa de adesão dos utentes convidados

Tabela 13 - Intervenções/atividades planeadas e a sua execução no plano temporal Fonte: Elaboração Própria

Foi elaborado um **plano de formação** para os facilitadores das sessões educativas do Programa "Mais saúde Menos Diabetes", com o intuito de sistematizar a informação relevante sobre cada sessão com os participantes, objetivos, descrição e avaliação (Apêndice I).

Para cada sessão de educação para a saúde do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes", foram elaborados: um **manual de educador** (Apêndice II), os **materiais de apoio pedagógico** (Apêndice III) e os **cadernos de apoio para os participantes** (Apêndice IV), com o intuito de sistematizar a informação relevante sobre cada sessão como o nome, os objetivos pormenorizados, os assuntos relevantes a abordar e as dinâmicas a desenvolver.

2.5.2. Previsão de recursos

Para o sucesso de um projeto é preciso determinar os recursos necessários para a sua execução, sendo este considerado um fator importante para a viabilização do projeto. É de extrema importância a identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros de modo a atingir as metas fixadas (Tavares, 1992).

Foi feita a previsão de recursos materiais e humanos para a realização de cada atividade e a estimativa de custos do projeto (Tabelas 14, 15, 16, 17 e 18).

Reuniões com Parceiros

Atividade 1. Elaboração do Material educativo e preparação de sessões educativas.

Atividade 2. Reunião com os profissionais de saúde da UCSP e UCC

Atividade 6. Avaliação das sessões de educação para a saúde do grupo de teste.

Atividade 7. Reunião com os representantes do Município.

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
• Sala de reuniões virtual (Aplicação Microsoft Teams) • Pasta partilhada online (Aplicação Onedrive); • Sala de reuniões do Centro de Saúde X (Reserva); • Computador; • Projetor; • Tela para Projeção; • Folhas de Presença de reuniões; • Material de apoio à avaliação do projeto;	• Elementos da Equipa do PND; • Elementos da Equipa do PNPAS; • Elementos da Equipa do PNPAF; • Mestrando José Dores; • Enf.º Supervisor X; • Enfermeiros da UCSP X; • Enfermeiros da UCC X; • Nutricionista da URAP; • Psicólogo da URAP; • Parceiros (Câmara Municipal).	• 9 Enfermeiros presentes na reunião de apresentação do projeto (30 min) = (7,92€ x 0,5) x 9 = 35,64€; • 2 Enfermeiros Especialistas presentes na reunião de apresentação do projeto (30 min) = (11€ x 0,5) x 2 = 11€ • 5 Médicos presentes na reunião de apresentação do projeto (30 min) = (9,20€ x 0,5) x 5 = 23€; • 1 Nutricionista presente na reunião de apresentação do projeto (30 min) = 7,92€ x 0,5 = 3,96€ • 1 Psicólogo presente na reunião de apresentação do projeto (30 min) = 7,92 x 0,5 = 3,96€; • Computador + Projetor +Tela para Projeção + Dispositivo de Armazenamento Externo = 1100€; • 6 folhas A4 impressas para avaliação do projeto x 7 sessões+ registo de presenças =42 folhas x 0,30€= 12,60€. • Documentação de apresentação do Projeto para Parceiros = (10 x 20 folhas) x 0,30€ = 60€ • 2 Enfermeiros presentes na reunião de avaliação do projeto (120

		min) = (7,92€ x 2) x 2 = 31,68€; • 2 Enfermeiros Especialistas presentes na reunião de avaliação do projeto (120 min) = (11€ x 2) x 2 = 44€ • 1 Nutricionista presente na reunião de avaliação do projeto (120 min) = 7,92€ x 2 = 15,84€ • 1 Psicólogo presente na reunião de apresentação do projeto (30 min) = 7,92 x 2 = 15,84€; **Subtotal: 1356,02€**

Tabela 14 – Previsão de recursos em reuniões com Parceiros Fonte: Elaboração Própria

Formação/capacitação profissionais UCC/URAP

Atividade 3. Reuniões Formativas de capacitação dos profissionais da UCC/URAP para a dinamização do Programa Educativo.

Recursos Materiais	Recursos Humanos	Estimativa de custos
• Sala de reuniões do Centro de Saúde X (Reserva); • Computador; • Projetor; • Tela para Projeção; • Folhas de Presença de reuniões; • Material Educativo: Apresentações PowerPoint; Manual de Educador; Cadernos de apoio aos Utentes; Questionários; • Material de apoio à avaliação da simulação das sessões;	• Mestrando José Dores; • Enf.º Supervisor X; • Enfermeiros da UCSP X; • Enfermeiros da UCC X; • Nutricionista X da URAP; • Psicólogo X da URAP;	• Manual do Educador (32 folhas A4 impressas) = (32 x 6) x 0,30€ = 57,60€; • Cadernos de Apoio das 7 Sessões Educativas (52 folhas A4 impressas) = (52 x 6) x 0,30€ = 93,60€ • Questionário IPAQ (1 folha A4 impressa) =(1 x 6) x 0,30€ = 1,80€. • Questionário PREDIMED (1 folha A4 impressa) =(1 x 6) x 0,30€ = 1,80€. • 2 Enfermeiros presentes na formação do Programa “Mais saúde Menos Diabetes” (240 min) = (7,92€ x 4) x 2 = 63,36€;

		• 2 Enfermeiros Especialistas presentes na formação do Programa "Mais saúde Menos Diabetes" (240 min) = (11€ x 4) x 2 = 88€ • 1 Nutricionista presente na formação do Programa "Mais saúde Menos Diabetes" (240 min) = 7,92€ x 4 = 31,68€ • 1 Psicólogo presente na formação do Programa "Mais saúde Menos Diabetes" (30 min) = 7,92 x 4 = 31,68€;
		Subtotal: 369,52€

Tabela 15 – Previsão de recursos em Formação/capacitação profissionais UCC/URAP Fonte: Elaboração Própria

Convite de utentes para o Programa "Mais Saúde Menos Diabetes" Atividade 4. Criação de um grupo de teste de utentes com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 Atividade 8. Criação de grupos de utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2		
Recursos Materiais	**Recursos Humanos**	**Estimativa de custos**

• Telefone para contactar utentes de alto e muito alto risco de diabetes tipo 2 do concelho x; • Local para a realização da Sessão 0 prevista no Programa "Mais Saúde Menos Diabetes" (Sala de Reuniões do Centro de saúde); • Balança com estadiómetro; • Fita métrica; • Esfigmomanómetro automático; • Acesso ao aplicativo de apoio à prática de enfermagem; • Folhas de Questionários previstos no Programa "Mais Saúde Menos Diabetes";	• Mestrando José Dores; • Enfermeiros UCC X.	• 1 Enfermeiro para contactar telefonicamente utentes e convidar a participar no Programa "Mais saúde Menos Diabetes" (120 min) = 7,92€ x 4 = 31,68€; • 1 Enfermeiro Especialista presente na Sessão 0 do Programa "Mais saúde Menos Diabetes" (45 min) = 11€ x 0,75 = 8,25€ • Questionário IPAQ (1 folha A4 impressa) =10 x 0,30€ = 3,00€. • Questionário PREDIMED (1 folha A4 impressa) =10 x 0,30€ = 3,00€. • Balança com estadiómetro + Fita métrica+ Esfigmomanómetro automático = 232,33€; **Subtotal: 278,26€**

Tabela 16 – Previsão de recursos para convite de utentes para o Programa "Mais Saúde Menos Diabetes" Fonte: Elaboração Própria

Sessões do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes"		
Atividade 5. Realização de sessões de educação para a saúde do grupo de teste. Atividade 9. Realização de sessões de educação para a saúde aos utentes da população-alvo (mínimo de 15 grupos previstos).		
Recursos Materiais	**Recursos Humanos**	**Estimativa de custos**

• Local para realização de Sessões Educativas do Grupo de Teste (reserva de datas); • Local para realização de Sessões Educativas com população alvo (reserva de datas); • Folhas de Presença de sessões; • Balança com estadiómetro; • Fita métrica; • Esfigmomanómetro automático; • Acesso ao aplicativo de apoio à prática de enfermagem; • Folhas de Questionários previstos no Programa “Mais Saúde Menos Diabetes”; • Material Educativo: Apresentações PowerPoint; Manual de Educador; Cadernos de apoio aos Utentes;	• Mestrando José Dores; • Enfermeiros da UCC X; • Nutricionista X da URAP; • Psicólogo X da URAP.	• 1 Enfermeiro Especialista presente em 7 sessões do Programa “Mais saúde Menos Diabetes” (45 min por sessão) = (11€ x 0,75) x 112 = 924€ • 1 Nutricionista presente em 2 sessões do Programa “Mais saúde Menos Diabetes” (45 min por sessão) = (7,92€ x 0,75) x 32 = 190,08€ • 1 Psicólogo presente em 2 sessões do Programa “Mais saúde Menos Diabetes” (45 min por sessão) = (7,92 x 0,75) x 32 = 190,08€; • Manual do Educador (32 folhas A4 impressas) = (32 x 7) x 0,30€ = 67,20€; • Cadernos de Apoio das 7 Sessões Educativas (52 folhas A4 impressas) = (52 x 230) x 0,30€ = 3588€ • Questionário IPAQ (1 folha A4 impressa) =460 x 0,30€ = 138€. • Questionário PREDIMED (1 folha A4 impressa) =460 x 0,30€ = 138€. **Subtotal: 5235,36€**

Tabela 17 – Previsão de recursos para Sessões do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” Fonte: Elaboração Própria

Resumo da previsão de Recursos Materiais e Humanos do projeto	
Reuniões com Parceiros	**Subtotal: 1356,02€**
Formação/capacitação profissionais UCC/URAP	**Subtotal: 369,52€**

Convite de utentes para o Programa “Mais Saúde Menos Diabetes”	**Subtotal: 278,26€**
Sessões do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes”	**Subtotal: 5235,36€**
	Total: 7239,16€

Tabela 18 – Previsão de recursos materiais e humanos totais Fonte: Elaboração Própria

2.5.3. Cronograma de atividades

Um cronograma permite-nos a visualização das tarefas que integram o projeto ao longo de todo o tempo de desenvolvimento do mesmo. No apêndice I encontram-se apresentadas as diferentes fases, nomeadamente a fase preparatória, de execução e de avaliação nos respetivos períodos de tempo (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.6. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

Esta etapa de Planeamento em Saúde tem como principal intuito a utilização sistemática da experiência obtida com a execução das atividades e planificar de forma mais eficaz. A avaliação é uma comparação com o padrão ou modelo, tendo como finalidade corrigir ou melhorar. Para realizar esta comparação terão de existir referências, que serão introduzidas na fase de diagnóstico, objetivos e metas (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação está também intimamente ligada à qualidade da informação disponível, pelo que o seu relacionamento estreito com os sistemas de informação e com os indicadores de contratualização se torna essencial para o sucesso da avaliação no seu intuito fundamental referido que é a de acrescentar informação útil das experiências realizadas e não apenas tornar-se num instrumento para justificar as atividades realizadas, os recursos consumidos e identificar as insuficiências (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), existem três tipos de avaliações: da estrutura; do processo e dos resultados. Para avaliar é necessário estabelecer instrumentos de medida, a que se chamam indicadores, distinguindo para o efeito dois tipos, os indicadores de processo/atividade/execução (Tabela 19) e os indicadores de resultado/impacto (Tabela 20). Através destas duas tabelas é possível verificar o grau de cumprimento das atividades previstas previamente no cronograma, a participação e adesão alcançadas e a taxa de capacitação dos profissionais de saúde da UCC. Podemos assim aferir se o projeto, dentro dos tempos previamente previstos, alcançou os indicadores que foram definidos.

O projeto tem previstas atividades até junho de 2024, sendo que estava prevista a conclusão de algumas atividades até agosto de 2021, altura em que terminou o período de estágio. Deste modo, poderá ser avaliado se as atividades previstas até agosto de 2021 foram

executadas conforme estava previsto e a sua a taxa de cumprimento foi de acordo com o que estava proposto nos indicadores definidos.

Relativamente aos indicadores de estrutura e processo, foi possível avaliar, pelas atividades executadas até ao momento que terminou o estágio final, três dos dez indicadores propostos.

Foram finalizados, em colaboração com as equipas do PND, PNPAF e PNPAS, os materiais pedagógicos do programa "Mais saúde Menos Diabetes", considerando-se que se atingiu o objetivo de ter a totalidade dos materiais disponíveis para serem utilizados.

Foi realizada uma reunião de apresentação do projeto de intervenção comunitária a todos os profissionais de saúde das Unidades Funcionais do Concelho X, que contou com a participação de um número de profissionais ligeiramente acima do objetivo estabelecido (83,3%), estando representadas todas as classes profissionais, apesar das dificuldades de agenda e disponibilidade impostas pelo contexto pandémico. Os profissionais de saúde encontravam-se a realizar horas suplementares ao horário normal de trabalho, diariamente, de forma a responder às exigências da resposta de prestação de cuidados no âmbito das suas competências, adicional efetuar rastreios de surtos de Covid-19 e ainda manter o ritmo de cumprimento do plano de vacinação para a Covid-19.

Foram realizadas as duas reuniões formativas para a capacitação dos profissionais da UCC na implementação do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes", com a simulação das sessões educativas e discussão entre pares dos aspetos a desenvolver na facilitação destas sessões. Estas duas reuniões contaram com a participação da totalidade dos profissionais desta Unidade Funcional, demonstrando o envolvimento dos mesmos no projeto, tendo superado as expectativas iniciais, mais uma vez traçadas tendo em conta o contexto pandémico existente.

Avaliação dos indicadores de estrutura e processo			
Indicadores de estrutura e processo a alcançar	**Cálculo**	**Resultado**	Avaliação
Que 100% dos materiais pedagógicos do Programa Educativo estejam elaborados.	**Taxa de execução** **Nº de materiais pedagógicos elaborados/ Nº de materiais pedagógicos previstos x100**	**100%**	Atingido
Que pelo menos 80% dos profissionais de saúde da UCSP e UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo	**Taxa de adesão** **Nº de profissionais de saúde presentes** **/Nº de profissionais de saúde da UCSP e UCC x100**	**83,3%**	Atingido

estejam presentes numa reunião de apresentação do projeto[1].			
Que pelo menos 80% dos profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo estejam presentes nas duas ações de formação[2].	**Taxa de adesão.** **Nº de profissionais de saúde presentes/Nº de profissionais de saúde da UCC x 100**	**100%**	Atingido
Que exista pelo menos um grupo de teste de utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2.	**Existência de pelo menos um grupo de utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2.**	**N/A**	Em curso
Que pelo menos 80% dos utentes participem nas sessões educativas planeadas.	**Taxa de adesão** **Nº utentes que participaram/ Nº utentes convidados x100**	**N/A**	Em curso
Que pelo menos 80% dos profissionais de saúde da UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo estejam presentes numa reunião de revisão dos materiais pedagógicos do Programa Educativo.	**Taxa de adesão** **Nº de profissionais de saúde presentes** **/Nº de profissionais de saúde da UCC x100**	**N/A**	Em curso
Que 100% dos materiais pedagógicos do Programa Educativo tenham sido revistos.	**Taxa de execução** **Nº de materiais pedagógicos existentes/ Nº de materiais pedagógicos revistos x100**	**N/A**	Em curso
Que pelo menos 80% dos representantes do município, responsáveis pela área da saúde, estejam presentes numa reunião de apresentação do Programa Educativo.	**Taxa de adesão** **Nº de representantes do município presentes** **/Nº de representantes do município x100**	**N/A**	Em curso

[1] Registado na folha de presenças (Apêndice VI) que foi preenchida no início da reunião.
[2] Registado na folha de presenças (Apêndice VII) que foi preenchida no início de cada atividade desenvolvida.

Que 100% dos grupos de utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2 sejam constituídos.	**Taxa de execução** **Nº de grupos de utentes constituídos/ Nº de grupos de utentes previstos x100**	**N/A**	Em curso
Que pelo menos 30% dos utentes com risco alto e muito alto de diabetes tipo 2 de um Concelho da região do Baixo Alentejo frequentem as sessões educativas.	Taxa de execução Nº de utentes frequentadores das sessões/ Nº de utentes com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2 x100	N/A	Em curso

Tabela 19 - Avaliação de Indicadores de estrutura e processo Fonte: Elaboração Própria

Os restantes indicadores aguardam a realização das atividades previstas no cronograma, cujas datas de execução foram afetadas pela impossibilidade verbalizada pelos profissionais de saúde de, até ao final do estágio, as colocarem em prática. Uma vez que a evidência científica nos orienta no sentido de intervenções educativas em grupo, presenciais, com alguma intensidade em termos de frequência e duração no tempo, todos os envolvidos consideraram que seria importante manter esse formato, aproveitar a oportunidade de implementar o grupo piloto do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes", num momento temporal futuro, ficando assim previstas atividades no quarto trimestre de 2021, nomeadamente a criação do grupo de utentes piloto.

Em relação aos indicadores de resultado, foram desenvolvidas as atividades que correspondem a dois dos cinco indicadores previstos no projeto.

Todos os profissionais de saúde da UCC demonstraram a capacidade de entender o formato do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes" e a cronologia de atividades que este prevê, desde o convite dos utentes, avaliações iniciais, sequência de sessões de literacia e momentos de acompanhamento, o que superou o objetivo traçado.

Também em termos de transmissão dos conceitos chave na simulação das sessões educativas observou-se que, os profissionais de saúde da UCC (100%), seguiram as orientações que constam no Manual de Educador do programa, realçando os aspetos de maior importância na promoção de estilos de vida saudáveis em termos de alimentação saudável e prática regular de atividade física. Relativamente à sessões de mudança de comportamento, entenderam a importância de incorporar as crenças e as experiências de cada individuo sem juízos de valor e orientando os participantes na simulação para o objetivo das dinâmicas propostas.

Avaliação dos indicadores de resultado

Indicadores de resultado	**Cálculo**	**Resultado**	Avaliação
Que pelo menos 80% dos profissionais de saúde presentes nas ações de formação sejam capazes de dinamizar as sessões previstas no programa educativo.	**Taxa de profissionais que são capazes de dinamizar as sessões educativas.** **Nº de profissionais de saúde que são capazes de dinamizar as sessões previstas/ Nº total de profissionais de saúde x100**	**100%**	Superado
Que pelo menos 60% dos profissionais de saúde sejam capazes de atingir um nível de 6 em 10 pontos da lista de verificação de observação[3].	**Taxa de profissionais com eficácia na dinamização das sessões.** **Nº de profissionais com 6 ou mais pontos na lista de verificação/ Nº total de profissionais de saúde x100**	**100%**	Superado
Que pelo menos 30% dos utentes demonstrem através do questionário PREDIMED ter aumentado a sua adesão a uma dieta de mediterrânica.	**Taxa de utentes com aumento de adesão à dieta mediterrânica.** **Nº de utentes com aumento de score no questionário PREDIMED/ Nº total de utentes x100**	**N/A**	Em curso
Que pelo menos 30% dos utentes demonstrem através do questionário IPAQ ter aumentado os níveis de atividade física.	**Taxa de utentes com aumento de adesão à atividade física.** **Nº de utentes com aumento de score no questionário IPAQ/ Nº total de utentes x100**	**N/A**	Em curso
Que pelo menos 20% dos utentes com excesso de peso ou obesidade reduza em 7% o seu peso.	Taxa de utentes com redução do peso. Nº de utentes com excesso de peso ou obesidade e redução de 7% do peso/ Nº total de utentes com excesso de peso ou obesidade x100	N/A	Em curso

Tabela 20 - Avaliação de Indicadores de resultado Fonte: Elaboração Própria

[3] Registado na folha de observação (Apêndice VIII) que foi preenchida durante cada reunião formativa desenvolvida.

Relativamente aos indicadores de resultados referentes às sessões educativas com os grupos de utentes, não foi possível até ao final do estágio efetuar a sua avaliação, estando prevista esta avaliação no final do segundo trimestre de 2022, no grupo piloto de utentes e posteriormente em junho de 2024 para todos os utentes alvo de intervenção.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Considerando as etapas percorridas ao longo do Mestrado em Enfermagem em Associação e mais especificamente na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, importa realizar uma reflexão crítica acerca das competências adquiridas.

Ao longo do Mestrado em Enfermagem, na sua componente teórica tendo em conta, numa primeira fase, as competências comuns de Enfermeiro Especialista e numa segunda fase, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e por último, na sua componente prática, no decorrer do Estágio Final contribuíram para a aquisição das competências de Mestre e Enfermeiro Especialista. Ambas as componentes foram essenciais para a obtenção das várias competências.

De seguida iremos apresentar uma análise reflexiva acerca da aquisição de competências durante este período.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

> "O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza -se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade" (OE, 2019, p.4745).

Para a atribuição do título de enfermeiro especialista é necessário que estes profissionais demonstrem um conjunto de competências transversais em todas as áreas especificas de especialização, nomeadamente na educação dos utentes e pares, no aconselhamento, orientação, liderança, de modo a promover a melhoria continua prática profissional, envolvendo-se em investigação relevante (OE, 2019).

Com base no Regulamento 140/2019, as Competências Comuns do Enfermeiros Especialista dividem-se em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019, p. 4745).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é de referir que durante o estágio realizado, foi desenvolvida uma prática profissional que observa os princípios, valores e normas deontológicas, uma vez que as decisões tomadas foram baseadas na experiência profissional, no contexto em que decorreu a prática e os conhecimentos científicos existentes. Foi feito um diagnóstico de saúde que teve em consideração todas implicações ético-deontológicas, nomeadamente na forma como foram aplicados os instrumentos, recolhidos e tratados os dados recolhidos. Após o tratamento dos dados recolhidos foi promovida a sua discussão no seio da equipa da Unidade Funcional, de forma a incorporar e envolver todos os elementos que a constituem nas decisões a tomar em termos de intervenção comunitária.

Foram avaliadas as decisões tomadas, estando neste documento descritos os resultados obtidos. Ainda em relação a este domínio, é importante realçar que o Enfermeiro Especialista "Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais." (OE, 2019, p.4746).

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária foi alvo de avaliação da Comissão de Ética da ULSBA (Anexo IV), cujo parecer foi positivo. Assegurou-se a confidencialidade de toda a informação dos utentes, recolhida ao longo do estágio final, respeitada a autodeterminação e escolha dos mesmos e respeitados os "valores, costumes, as crenças espirituais" (OE, 2019, p.4746) de todos os utentes alvo desta intervenção comunitária. Não foram recolhidos dados que possam de alguma forma identificar os utentes inquiridos no âmbito do diagnóstico realizado.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o enfermeiro especialista, deverá assumir "um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica" (OE, 2019, p.4745), colaborando na elaboração e implementação dos projetos institucionais na área da qualidade, mobilizando as habilidades e os conhecimentos de forma a garantir a melhoria contínua.

Durante a realização do estágio final foram mobilizados os conhecimentos e as habilidades adquiridas durante o Mestrado em Associação, bem como a experiência profissional na área específica da Diabetes de forma a incorporar as diretivas do PNS e dos restantes Planos Nacionais, nas áreas da Diabetes, Promoção da Alimentação Saudável e Promoção da Atividades Física, no planeamento do projeto de intervenção comunitária, nas atividades planeadas e nos resultados obtidos e esperados. Com esta incorporação bastante relevante dos planos nacionais e locais assegurou-se que eram desenvolvidas "práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" (OE, 2019, p.4747). Foram usadas as evidências científicas existentes, com a realização de uma revisão sistemática da literatura para basear a intervenção a implementar (Apêndice IX), foi utilizado um instrumento de recolha de dados validado, e estabelecidas metas e indicadores de forma a avaliar as várias componentes do projeto. Foram tomadas decisões ao longo das etapas de elaboração do projeto de intervenção através da identificação de oportunidades de melhoria, o estabelecimento de prioridades e a seleção de estratégias que se entenderam ser promotoras de melhoria contínua.

De forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro na prática clínica, que é também uma competência do enfermeiro especialista, a intervenção educativa foi desenhada de forma a assegurar a envolvência do utente nos objetivos e metas traçadas ao longo da sua participação no programa educativo, garantindo a sua centralidade na pessoa e adaptando os objetivos terapêuticos a cada participante, sem juízos e tendo em vista a satisfação do mesmo.

De forma a efetuar uma gestão do risco a nível da Unidade Funcional, durante o estágio final, foi feita uma previsão dos recursos necessários, estimativa de custos e traçados momentos de avaliação durante a implementação do projeto, para diminuir riscos. Foi também feito um ajuste ao cronograma de atividades de forma a ter em consideração o contexto pandémico, evitando o aumento do risco de transmissibilidade do vírus Sars-Cov-2.

No domínio da gestão dos cuidados, segundo o Regulamento 140/2019, o enfermeiro especialista, "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde" (OE, 2019, p.4748). Neste domínio, durante o estágio final, considera-se que foi demonstrada a aquisição destas competências, uma vez que os dados recolhidos foram partilhados com a equipa e foram incorporadas as decisões discutidas com a mesma, reconhecendo que o envolvimento está intimamente relacionado com a apropriação do projeto pela equipa, pela negociação das várias atividades a desenvolver. Através da simulação das sessões educativas, disponibilização dos manuais de educador e restante material pedagógico, considera-se que foram criadas as condições para garantir a segurança e qualidade nas tarefas delegadas. Considera-se que existiu uma liderança adaptativa em todas decisões tomadas em equipa, adequando os recursos às necessidades de saúde, tendo em conta o contexto onde este decorreu, as caraterísticas pessoais dos elementos da equipa e criando um ambiente favorável à aceitação de inovações na prática clínica, nomeadamente em termos de educação para a saúde, no contexto pandémico em que o estágio decorreu. Foi também possível colaborar com a equipa de saúde na resposta à Covid-19, através da participação na estratégia de vacinação da população para esta doença.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista, "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" (OE, 2019, p.4749). Ao longo do estágio, os vários desafios criados pelas condições em que o mesmo decorreu colocaram à prova diariamente o autoconhecimento enquanto pessoa e enquanto profissional de enfermagem, reconhecendo os limites pessoais e profissionais e os fatores que interferem no relacionamento com a pessoa e com a equipa. A capacidade de adaptabilidade foi também colocada à prova, gerindo os sentimentos e as emoções de forma a conseguir um desempenho profissional eficiente, antecipando situações de risco e conflitualidade, mantendo sempre a proatividade e clareza sob pressão. As atividades da UCC onde houve maior envolvimento foram as relacionadas com a vacinação para a Covid-19, estando a equipa quase na totalidade envolvida nesta tarefa, pelo que foi necessário ajustar as expectativas e objetivos do estágio final a esta realidade.

O enfermeiro especialista "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (OE, 2019, p.4749). Ao longo da realização do estágio final todos os processos de tomada de decisão e intervenções foram baseados no conhecimento científico mais atual e

pertinente, de forma a facilitar a incorporação desse conhecimento nas práticas clínicas da equipa de saúde.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é necessário que estes profissionais demonstrem um conjunto de competências nesta área de especialização, nomeadamente a capacidade de estabelecer "com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade" (OE, 2018, p.19354) e assim contribuir "para o processo de capacitação de grupos e comunidades" (OE, 2018, p.19354), integrando "a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde" (OE, 2018, p.19354) e também realizando e cooperando na "vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico" (OE, 2018, p.19354).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve sempre avaliar as necessidades em saúde de um grupo ou comunidade, integrar as condições sócioeconomicas existentes e o impacto dos determinantes da saúde de forma a produzir um diagnóstico de saúde para fundamentar as decisões e intervenções que se seguirão. Essa avaliação, o estabelecimento de prioridades, a formulação de objetivos e estratégias, as intervenções e a avaliação dos resultados devem seguir as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde (OE, 2018). No decurso do estágio final, após a avaliação das necessidades em saúde da população da área de abrangência da UCC, através da pesquisa efetuada sobre vários dados epidemiológicos, e colocada a hipótese de intervir na população com risco aumentado de Diabetes Tipo 2, foi realizada reunião com a equipa da UCC, que aceitou a hipótese colocada. Foi posteriormente aplicado o questionário HPLP II, de forma a comprovar cientificamente a necessidade de intervenção. Os dados recolhidos pelos questionários comprovaram a necessidade de intervenção nas áreas da responsabilidade em saúde, alimentação, atividade física e gestão de stress. Compete ao enfermeiro especialista estabelecer este nexo de causalidade de forma a fundamentar de forma sólida as prioridades traçadas.

Os resultados foram apresentados a todos os profissionais de saúde das Unidades Funcionais do Concelho, de forma a promover uma reflexão acerca das necessidades em saúde encontradas e as possíveis estratégias de intervenção comunitária. Apesar do contexto pandémico ter impedido que os resultados fossem partilhados com os utentes inquiridos, conforme compete ao enfermeiro especialista, de maneira a envolver a comunidade no projeto, foi possível no momento de aplicação do questionário debater individualmente com

cada utente acerca das suas áreas de comportamentos não promotores de saúde e a possibilidade de haver uma intervenção educativa em promoção de estilos de vida saudáveis.

Ao longo deste documento estão relatadas todas as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde e a fundamentação das decisões que foram tomadas, de acordo com o que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido teve como objetivo central a contribuição "para o processo de capacitação de grupos e comunidades" (OE, 2018, p. 19356). Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública liderar processos comunitários de capacitação de grupos e comunidade através de projetos de saúde, integrando conhecimentos de diferentes disciplinas, usando uma estratégia de comunicação eficaz e modelos conceptuais de promoção e educação para a saúde (OE, 2018). Durante o estágio final e no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária refere-se que foi possível liderar todas as etapas do projeto, incorporando diretamente os contributos dos responsáveis pelo Programas Nacionais de Saúde da DGS, nas áreas da Diabetes, alimentação e atividade física. Foi possível também a utilizar instrumentos de educação para a saúde validados pelas equipas dos Programas Nacionais de Saúde, com base em modelos conceptuais validados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve proceder "à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemografia" (OE, 2018, p.19357). O diagnóstico de saúde efetuado, no âmbito do estágio final, permitiu analisar diversos indicadores da área demográfica onde este decorreu, de forma a identificar os principais problemas de saúde da população. Foi também possível aplicar um instrumento de recolha de dados validado a mais de metade da população alvo e determinar assim as principais prioridades em saúde.

Com base descrito poderemos assumir que as competências de enfermeiro especialista foram alcançadas com sucesso, sendo que "aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem" foram alcançadas (OE, 2019, p.4744).

3.3. COMPETÊNCIAS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Para a obtenção do grau de mestre, é necessário demonstrar um nível de conhecimentos e capacidade de compreensão que apoiado "nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde" (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2016, p. 3174), e permitam ainda constituir-se como a "base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação" (MCTES, 2016, p.3174). Considera-se que além das competências anteriormente referidas, referentes ao título de

Enfermeiro Especialista e ainda Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foram também obtidas as competências para a atribuição do grau de mestre.

Ao longo da frequência no Mestrado em Associação houve a necessidade frequente de recorrer a conhecimentos obtidos durante a Licenciatura em Enfermagem, no sentido de servirem de bases para uma reflexão mais ponderada e de um maior nível de profundidade e complexidade. Considera-se que os conhecimentos obtidos no 1º ciclo foram aprofundados e substituídos por um nível de conhecimentos mais desenvolvidos e específicos. No decorrer do estágio final foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, tendo sido mobilizados conhecimentos de **Investigação em Enfermagem** na elaboração da revisão sistemática da literatura, **Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem** na aplicação do instrumento de recolha de dados e estratégias de implementação do projeto, **Formação e Supervisão em Enfermagem** na elaboração do plano de formação para a capacitação dos profissionais de saúde da UCC e nas sessões de educação para a saúde, **Gestão em Saúde e Governação Clínica** na liderança do projeto de intervenção comunitária e **Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde** no estabelecimento de prioridades e na integração do PNS e Programas Nacionais no projeto desenvolvido. Os conhecimentos obtidos e aprofundados no decorrer do plano curricular da Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estão presentes no relatado neste documento, considerando-se que foram obtidas as competências para a obtenção e grau de mestre.

O mestre deverá ter a competência de "saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo" (MCTES, 2016, p.3174). Ao longo de todo o percurso deste Mestrado em Associação, vários desafios inesperados surgiram, limitando a capacidade de prever situações futuras com base nos conhecimentos preexistentes e capacidade de colocar em prática os conhecimentos obtidos de uma forma regular, no entanto todas as situações inesperadas foram encaradas de forma positiva e foram encontradas as soluções necessárias para todos os problemas identificados.

O mestre deve também ter a "capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem" (MCTES, 2016, p.3174). Considera-se que no decorrer do Mestrado em Associação foi demonstrada esta competência, através das reflexões realizadas em todos os momentos de decisão no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, descritas ao longo deste documento,

com respeito pelos princípios éticos, deontológicos e legais do exercício profissional de Enfermagem.

Para a atribuição do grau de mestre deverão "ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade" (MCTES, 2016, p. 3174). Considera-se que no decorrer do Mestrado foi possível demonstrar esta competência em diversas situações e contextos, tendo de forma clara e eficaz transmitido os conhecimentos, raciocínios e conclusões que estavam previstas, nomeadamente na apresentação dos dados recolhidos pela aplicação do HPLP II a toda a equipa multidisciplinar e posteriormente conseguir o envolvimento e motivação dos profissionais da UCC para o envolvimento e capacitação para a implementação do programa "Mais Saúde Menos Diabetes".

De forma a obter o grau de mestre deverão ser demonstradas "competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (MCTES, 2016, p. 3174). A procura pelo aperfeiçoamento profissional no exercício da profissão é um aspeto considerado central e que remete para a uma aprendizagem contínua, num desfio constante dos pressupostos existentes. Em todos os momentos do exercício profissional existe a oportunidade de refletir acerca do mesmo e com isso procurar novos conhecimentos ou o aprofundamento dos existentes. Considera-se particularmente feliz a capacidade entender as limitações e os aspetos negativos no exercício da profissão como oportunidades de crescer profissionalmente, estando essas oportunidades no dia-a-dia de todos os enfermeiros.

Com base no descrito assume-se que foram incorporados todos os requisitos para a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública deste relatório.

CONCLUSÃO

O projeto de intervenção comunitário "Promoção de estilos de vida saudáveis: uma intervenção comunitária em pessoas com risco de Diabetes Tipo 2", que se desenvolveu em contexto académico e em ambiente de estágio, baseou-se nos principais problemas de saúde identificados na população, incidindo na prevenção de doenças não-transmissíveis, mais concretamente a Diabetes Tipo 2, cujos principais fatores de risco se relacionam com estilos de vida não saudáveis, com perda de anos de vida saudáveis e consequentemente com menos qualidade de vida. A promoção de estilos de vida saudáveis nas áreas da alimentação saudável e atividade física é essencial para a diminuição do risco de Diabetes Tipo 2, com obtenção de ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

De forma a capacitar as pessoas com risco aumentado de Diabetes Tipo 2 a adotar comportamentos promotores de saúde, nomeadamente em termos de alimentação saudável e prática regular da atividade física, centramo-nos numa intervenção comunitária com base na educação para a saúde. Tendo em conta a necessidade de uma vontade intrínseca da pessoa para a adoção dos comportamentos necessários para a redução do risco de Diabetes Tipo 2 pareceu-nos a estratégia adequada. Foi também uma estratégia importante, da intervenção comunitária, a capacitação dos profissionais de saúde para a educação para a saúde neste contexto, nomeadamente na sua capacitação para a dinamização das sessões educativas que constituem o programa "Mais Saúde Menos Diabetes". Ao realizar o enquadramento teórico foi contextualizada a problemática encontrada e dado suporte à intervenção através de conhecimentos científicos atuais.

O projeto de intervenção comunitária foi elaborado com base na Metodologia de Planeamento em Saúde, adotando todas as etapas propostas, traduzindo-se num processo de constante reflexão, planeamento, monitorização e avaliação, de uma forma contínua ao longo de todo o processo de desenvolvimento do projeto. A adoção desta metodologia foi essencial tendo em conta a intervenção comunitária prevista, com os objetivos e metas estipuladas, de forma a obter ganhos em saúde da população alvo.

Inicialmente foram analisadas as características da população do Concelho X e os seus indicadores epidemiológicos, relacionados com a temática escolhida, foi feito um enquadramento teórico do problema de saúde e foram aplicados os questionários a amostra da população alvo escolhida de forma a obter um diagnóstico de saúde da população que identificasse as suas necessidades de saúde reais. Foi com a aplicação dos questionários HPLP II que foi possível identificar, de entre os domínios de estilos de vida promotores de

saúde quais os que a população não demonstrava comportamentos promotores de saúde.

Após a análise dos dados recolhidos com a aplicação dos questionários foram identificadas quatro áreas com necessidade de intervenção, uma vez que a maioria dos inquiridos não demonstrava comportamentos promotores de saúde nessas dimensões. De seguida foram priorizados os problemas de saúde identificados, através de duas técnicas de determinação de prioridades em saúde, tendo depois sido possível traçar os objetivos e metas para o projeto de intervenção comunitária. Esses objetivos e metas serviram de base para a seleção de estratégias de intervenção, nomeadamente as atividades e os recursos necessários para a sua execução.

Este projeto de intervenção comunitária teve como referência teórica o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, tendo como principal objetivo contribuir para a adoção de comportamentos promotores de saúde, e obter assim ganhos em saúde. Para poder ter uma ação efetiva na adoção desses comportamentos torna-se importante conhecer todos os fatores influenciadores dos mesmos, as emoções que lhes estão associadas e as circunstâncias ambientais em que eles acontecem, podendo assim ser um elemento influenciador na perceção da população acerca dos seus próprios comportamentos, gerando uma oportunidade e motivação intrínseca para a mudança.

Durante as sessões de formação para a capacitação dos profissionais de saúde para a dinamização do programa “Mais Saúde Menos Diabetes”, o interesse dos mesmos nos materiais educacionais foi bastante grande, tendo inclusivamente existido oportunidade de partilhar algumas sugestões de melhoria e discussão dos vários momentos das sessões educativas, as mensagens importantes a passar aos participantes, em especial os momentos interativos. Os profissionais de saúde entenderam a importância de todos os assuntos que constituem o programa educativo e a sua importância num programa de promoção de estilos de vida saudáveis. A avaliação efetuada a capacidade dos profissionais para a dinamização das sessões educativas foi muito positiva, algo bastante relevante tendo em atenção o contexto pandémico em que as sessões formativas ocorreram e as dificuldades em termos de disponibilidade vividas pelos profissionais de saúde.

O projeto de intervenção comunitária tem metas e atividades previstas até junho de 2024 que desde o início a UCC assumiu e que dará continuidade com a colaboração do PND e a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes. Este projeto trata-se de um projeto piloto do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes” de âmbito nacional, que será coordenado pelo PND e as Unidades Coordenadoras Funcionais da diabetes de todo o país, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento da Diabetes Tipo 2 na população portuguesa com risco moderado, alto e muito alto de desenvolver a doença.

Este projeto complementará outras intervenções que a UCC já se encontrava a desenvolver, antes da pandemia por Covid-19, nomeadamente direcionadas para a promoção da alimentação saudável na população com risco moderado de Diabetes Tipo 2, pelo projeto "Saúde a Gosto!". No entanto este foi o primeiro projeto que incorporou a componente da promoção da atividade física.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido apresenta diversas limitações que importa referir, de forma a dar espaço a melhoria em intervenções comunitárias futuras. Devido ao período de tempo curto previsto no plano de estudos para o estágio final não foi possível que a sua total implementação acontecesse até ao final do mesmo. Foi possível recolher dados acerca dos comportamentos promotores de saúde de uma amostra significativa da população alvo definida, no entanto as limitações impostas pelo estado de emergência e posteriormente pela situação de calamidade, impostas devido à situação pandémica pelo vírus Sars-Cov-2, não permitiram a apresentação e discussão destes resultados à população inquirida, bem como discutir acerca do modelo de intervenção.

Apesar das limitações referidas e dos desafios impostos, o caminho percorrido permitiu a aquisição e aprofundamento de um conjunto vasto de competências e habilidades, o que permitiu o crescimento pessoal e profissional a todos os níveis.

Ter conseguido mobilizar todas as aprendizagens obtidas ao longo deste percurso, num contexto tão difícil, conseguindo ao mesmo tempo a construção de pontes entre o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária e aquilo que são os objetivos traçados pelos Programas Nacionais foi bastante gratificante, permitindo um sentimento de realização profissional.

Conclui-se assim que através de todas as etapas percorridas houve momentos de aprendizagem, contribuindo para o enriquecimento profissional e pessoal. Ao liderar este projeto de intervenção comunitária, percorrendo todas as suas etapas, interagindo com os diversos intervenientes, foi possível adquirir as competências que constituem o grau de Mestre e ao Enfermeiro Especialista, na área da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida T., Heitor M., Santos O., Costa A., Virgolino A., Rasga C., Martiniano H., Vicente A., (2020). Relatório final: SM-COVID19 – Saude mental em tempos de pandemia. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*, *IP.* Lisboa. Portugal. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7245

Al-Khawaldeh, A. (2014). Health promoting lifestyles of Jordanian university students. International Journal of Advanced Nursing Studies(3), 27-31. doi:10.14419/ijans.v3i1.1931

Arco, A., Arco, H., Lucindo, I. & Martins, M. (2018). Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2.ª versão) (Manuscrito não publicado). Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Portugal.

Cândido J., Torres G., Figueiredo I., Morais A., Pinto F., Pinto A., Moreira M., Almeida M., (2017). FINDRISK: estratificação do risco para Diabetes Mellitus na saúde coletiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2017;30:1-8. doi:10.5020/18061230.2017.6118

Canhestro, A. (2018). *Envelhecer com saúde: Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2013). Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013-jpg.aspx

Direção-Geral da Saúde (2019a). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 - Portugal. *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa. Disponível em: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2019b). Programa Nacional para a Diabetes 2019: Desafios e Estratégias. *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa. Disponível em: https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1184293-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

Direção-Geral da Saúde (2019c). Programa nacional para a promoção da alimentação saudável 2018/2019. *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa. Disponível em: https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2019/12/Relato%CC%81rio_PNPAS_2019.pdf

Direção-Geral da Saúde (2020). Programa nacional para a promoção da atividade física 2020. *Direção-Geral da saúde*. Lisboa. Disponível em: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atvidade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/relat_pnpaf2020-pdf.aspx

Federação Internacional de Diabetes [IDF] (2019). *IDF Diabetes Atlas Ninth Edition 2019*. Bruxelas, Bélgica: Federação Internacional de Diabetes. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência, Loures, Portugal

Galaviz I., Weber B., Straus A., Haw S., Narayan V., Ali K. (2018, julho). Global Diabetes Prevention Interventions: A Systematic Review and Network Meta-analysis of the Real-World Impact on Incidence, Weight, and Glucose. Diabetes Care, 41(7), 1526-1534.

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde (3ª ed.)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal [INE]. (2020). Objectivos de desenvolvimento sustentável - Agenda 2030. Indicadores para Portugal - 2010/2020. Lisboa, Portugal. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=434925883&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal [INE]. (2021a). Portal do INE. Obtido em 15 de setembro de 2021, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal [INE] (2021b). Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013); Anual – INE, Estimativas anuais da população residente. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal [INE] (2021c). Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013); Anual – INE, Estimativas anuais da população residente. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008259&contexto=bd&selTab=tab2

International Council of Nurses [ICN]. (2016). *Enfermeiros: uma força para a mudança – para um Sistema de Saúde mais resiliente.* (Edição Portuguesa). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8885/cie_vf_site.pdf

Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F., Tsouros, A.D. (2013). *Health literacy: the solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe*. Holanda: Copenhaga. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432

McCullagh, M. (2013). Health Promotion. *In* Peterson, S., & Bredow, T. (3ª Edição), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research* (pp. 224-234). Philadelphia, United States of America: Wolters Kluwer Health - Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde [MS]. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série, n.º 38, 1182-1189. Obtido em 8 de agosto de 2021, de https://dre.pt/application/conteudo/247675

Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. Diário da República, 2.ª série, nº 74, 15438-15440. Obtido em 8 de agosto de 2021, de https://dre.pt/application/file/a/2216123

Ministério da Saúde. (2017). Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série, n.º 30, 694-720. Obtido em 8 de agosto de 2021, de https://dre.pt/application/conteudo/106434234

Ministério da Saúde. (2021). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Obtido em 22 de agosto de 2021, de Serviço Nacional de Saúde: https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2016). Decreto-Lei nº 63/2016. Diário da República, 1.ª série, n.º 176, 3174-3177. Obtido em 8 de agosto de 2021, de https://dre.pt/application/file/a/75319373

Ministério dos Negócios Estrangeiros [MNE] (2017). *Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, por ocasião da Apresentação Nacional Voluntária no Fórum Político de Alto Nível das Nações*

Unidas. Lisboa, Portugal: Ministério dos Negócios Estrangeiros. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15771Portugal2017_PT_REV_FINAL_28_06_2017.pdf

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde [OCDE] (2019). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019*. Bruxelas, Bélgica. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2019_75b2eac0-pt

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) Lisboa. Obtido em 9 de junho de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. *In* Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf;

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento 428/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, 2ª Série, n.º 135/2018, 19354-19359. Disponível em https://dre.pt/application/conteudo/115698616

Ordem dos Enfermeiros [OE], (2019). Regulamento 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, n.º 26/2019, 4744-4750. Disponível em https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS.

Parnell, T. (2015) *Health Literacy in Nursing Providing Person-Centered Care*. New York, United States of America: Springer

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, 34(3), 259-275. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice (7ª Edição)*. New Jersey, United States of America: Pearsons Education, Inc.

Pordata (2021a). População estrangeira com estatuto legal de residente em % da população residente: total e por sexo. Disponível em: https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5814231

Pordata (2021b). População estrangeira com estatuto legal de residente: total e por algumas nacionalidades. Disponível em: https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5814231

Pordata (2021c) Desempregados inscritos nos centros de emprego e de formação profissional no total da população residente com 15 a 64 anos (%). Disponível em: https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5814247

Pordata (2021d) Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem: Total e por setor de atividade económica. Disponível em: https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5814248

Pordata (2021e) População residente com 15 e mais anos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado. Disponível em: https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5814248

Pordata (2021f) Óbitos por algumas causas de morte (%). Disponível em: https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5813884

Salci, M., Maceno, P., Rozza, S., Silva, D., Boehs, A., Heidemann, I. (2013). *Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões*. Florianópolis, Brasil: Texto & Contexto Enfermagem. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425827013

Santos, L., Parente, C., Ribeiro, J., Pontes, Â (2015). *Promoção da Saúde: Da investigação à Prática.* Lisboa. Portugal: SPPS, Editora, LDA. Disponível em: https://www.sp-ps.pt/site/livros/135

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde-Saúde (2016). Despacho n.º 3618-A/2016 de 10 de março: Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Diário da República, 2ª série, n.º 49, 8660-(5)-8660-(6)

Solar, O., Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Genebra, Suiça: WHO Press

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de formação nº 2 *(2ª ed.)*. Ministério da Saúde.

Unidade Local de saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (2018). Plano Local de Saúde 2018-2020. Beja. Obtido em 25 de agosto de 2021 http://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/PLS-comunidade.pdf

Uusitupa M., Khan A., Viguiliouk E., Kahleova H., Rivellese A., Hermansen K., Pfeiffer A., Thanopoulou A., Salas-Salvadó J., Schwab U., Sievenpiper L. (2019, novembro). *Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Nutrients, 11(11):2611. doi: 10.3390/nu11112611.

Victor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. Acta Paulista de Enfermagem. 18(3), 235-240. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995a). Health Promoting Lifestyle Profile II [HPLP II] (Adult Version). Obtido em 21 de maio de 2019, de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-English_Version.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995b). Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version) - Scoring Instructions. Obtido em 21 de maio de 2019, de https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Scoring_Instructions.pdf?sequence=5

World Health Organization [WHO] (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1.

Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, C., Gonzaga, S., & Dixe, A. (2015). *Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II*. International Journal of Nursing Knowledge, 26(2), 54-61. Obtido em 21 de maio de 2019, de https://doi.org/10.1111/2047-3095.12065

Zhang, S., Tao, F., Ueda, A., Wei, C., & Fang, J. (2013). *The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern*

China. Environmental Health and Preventive Medicine(18), 458-465. Obtido em 5 de abril de 2021

ANEXOS

Anexo I - Escala Health Promoting Lifestyle Profile II Versão Portuguesa

Número_____

NÃO PREENCHER

Questionário de avaliação do perfil de estilos de vida promotores de saúde (HPLP II)

Este questionário será utilizado no âmbito de um projeto de intervenção comunitária do 4º Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Beja, com a finalidade inicial de realizar o diagnóstico de situação de saúde da população com risco alto e muito alto de Diabetes Tipo 2. Contamos consigo para preencher este questionário. Os dados colhidos são confidenciais, pelo que agradecemos a tua colaboração e sinceridade. O preenchimento dos questionários é de participação voluntária, não havendo qualquer prejuízo se não quiser participar. Investigador responsável pelo Projeto: Enfermeiro José Dores (joseidores@hotmail.com)

Obrigado!

N para "Nunca"; A para "Algumas vezes"; F para "Frequentemente";S para "Sempre".	**Nunca**	**Algumas Vezes**	**Frequentemente**	**Sempre**
1. Discuto os meus problemas e preocupações com pessoas queme estão próximas.	**N**	**A**	**F**	**S**
2. Escolho uma dieta pobre em gorduras (gorduras saturadas ecolesterol).				
3. Informo o médico ou outro profissional de saúde sobre quaisquer sinais ou sintomas incomuns.				
4. Sigo um programa de exercício planeado.				
5. Durmo o suficiente.				
6. Sinto que estou a evoluir e a mudar de forma positiva.				
7. Elogio facilmente outras pessoas pelas suas conquistas.				
8. Limito o consumo de açúcar e alimentos que contenhamaçúcar (doces).				
9. Leio ou assisto programas de TV sobre como promover asaúde.				
10. Exercito-me intensamente 20 minutos ou mais pelo menos três vezes por semana (como caminhada rápida, ciclismo, dançaaeróbica, bicicleta elíptica).				

11. Disponho de algum tempo para relaxar em cada dia.				
12. Acredito que a minha vida tem um sentido.				
13. Mantenho relações significativas enriquecedoras com osoutros.				
14. Como 6 a 8 porções de pão, cereais, arroz, batata e massapor dia. **Nota: Uma porção corresponde a uma fatia de pão ou um paposeco ou 6 bolachas maria (ou de água e sal) ou 4 colheres de sopa de massa ou arroz cozinhados ou uma batata e meia(tamanho de um ovo).**				
15. Questiono os profissionais de saúde de forma a compreenderas suas instruções.				
16. Pratico uma atividade física leve ou moderada (comocaminhar continuamente durante 30 a 40 minutos, 5 ou mais vezes por semana).				
17. Aceito os aspetos na minha vida que eu não consigo alterar.				
18. Olho em frente para o futuro.				
19. Passo tempo com amigos mais próximos.				
20. Como 2 a 4 porções de fruta por dia. **Nota: Uma porção corresponde a uma peça de fruta de tamanho médio.**				
21. Procuro uma segunda opinião quando ponho em questão asrecomendações de profissionais de saúde.				
22. Participo nos tempos livres em atividades (recreativas),físicas (como nadar, dançar, andar de bicicleta).				
23. Concentro-me em pensamentos agradáveis quando me voudeitar.				
24. Sinto-me bem e em paz comigo.				
25. É-me fácil demonstrar preocupação, amor e carinho para comos outros.				
26. Como 3-5 porções de legumes por dia.				
27. Discuto as minhas preocupações de saúde com osprofissionais de saúde.				
28. Faço exercício de alongamento pelo menos 3 vezes porsemana.				
29. Uso métodos específicos para controlar o meu stress.				

30. Trabalho para alcançar objetivos a longo prazo na minha vida.				
31. Toco e sou tocado (p.ex. abraço, caricia, …) por pessoas de quem gosto.				
32. Tomo 2 a 3 porções de iogurte por dia. **Nota: Uma porção corresponde a uma chávena almoçadeira de leite (250ml) ou um iogurte sólido ou um e meio iogurte líquido ouduas fatias de queijo ou um quarto de queijo fresco.**				
33. Inspeciono o meu corpo, pelo menos mensalmente, quantoas mudanças físicas/ sinais de perigo.				
34. Faço exercício durante as minhas atividades diárias habituais (como caminhar durante o intervalo do almo, usar escadas em vez de elevadores, deixar o transporte longe e caminhar até ao destino).				
35. Distribuo bem o tempo entre trabalho e laser.				
36. Considero cada dia interessante e desafiante.				
37. Tenho condições para satisfazer a minha necessidade deintimidade.				
38. Como apenas 2 a 3 porções de carne, aves, peixe, feijões, ovos ou frutos secos, por dia. **Nota: Uma porção corresponde a um ovo ou 25g de carne ou peixe ou três colheres de sopa de feijão ou grão ou lentilhas ou favas ou ervilhas cozinhadas ou de frutos secos ao natural (nozes, amêndoas, caju, pinhões ou avelãs).**				
39. Peço informações aos profissionais de saúde como cuidar bem de mim.				
40. Verifico a minha pulsação quando faço exercício.				
41. Faço exercícios de relaxamento ou meditação durante 25-20minutos por dia.				
42. Estou consciente do que é importante para mim na vida.				
43. Tenho apoio das pessoas que se preocupam comigo.				
44. Leio os rótulos da comida pré-embalada para identificada oteor em nutriente, gorduras e sódio (sal).				
45. Assisto a programas educativos sobre cuidados de saúdepessoais.				
46. Atinjo uma pulsação elevada quando faço exercício.				

47. Controlo o meu ritmo para evitar o cansaço.				
48. Sinto-me ligado (a) com alguma força superior a mim mesmo.				
49. Resolvo conflitos com os outros através de diálogo e doco-mum acordo.				
50. Tomo o pequeno-almoço.				
51. Procuro orientação ou aconselhamento quando necessário.				
52. Exponho-me a novas experiências e desafios.				

© Questionário de avaliação do perfil de estilos de vida promotores de saúde (HPLP II) de Hendricks, C., & Pender, N. (2001), traduzido e validado para português e população portuguesa respetivamente (Sousa et al., 2015), adaptado de Canhestro, A. (2018)

Muito Obrigado pela sua colaboração.

Anexo II – HPLP II - Scoring Instructions

HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II

Scoring Instructions

Items are scored as	Never (N)	=	1
	Sometimes (S)	=	2
	Often (O)	=	3
	Routinely (R)	=	4

A score for overall health-promoting lifestyle is obtained by calculating a mean of the individual's responses to all 52 items; six subscale scores are obtained similarly by calculating a mean of the responses to subscale items. The use of means rather than sums of scale items is recommended to retain the 1 to 4 metric of item responses and to allow meaningful comparisons of scores across subscales. The items included on each scale are as follows:

Health-Promoting Lifestyle	1 to 52
Health Responsibility	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
Physical Activity	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Nutrition	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50
Spiritual Growth	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
Interpersonal Relations	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
Stress Management	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47

3/95: snw

Anexo III – HPLP II - Autorização para utilização da Escala Health Promoting Lifestyle Profile II, Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga & Dixe (2015)

Re: Pedido de permissão para utilização da escala HPLP II - versão portuguesa

PS **Pedro Sousa** [redacted]
26/04/2021 08:00

Para: José Dores

Caro José Dores
No seguimento do seu email, confirmo a autorização para utilizar a versão portuguesa da HPLPII. Faço votos de sucesso para o seu projeto e fico na expectativa para depois receber os seus resultados.
Cumprimentos

Pedro Sousa

José Dores [redacted] escreveu no dia domingo, 25/04/2021 à(s) 16:42:

> Exmo. Sr. Prof. Dr. Pedro sousa,
>
> No âmbito do meu projeto de intervenção comunitária, do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública, cujo tema é promover a adoção de estilos de vida saudáveis nas pessoas com risco de Diabetes Tipo 2, da UCC [redacted], venho por este meio solicitar a permissão para utilizar a escala Health Promotion Lifestyle Profile (HPLP) II por vós traduzida e validada para português (europeu).
>
> Os melhores Cumprimentos,
>
> José Dores

Anexo IV – Autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

40 ANOS SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019

ULSBA Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 05/2021 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 12.05.2021 (Ata nº 18, Ponto 541)

Aos dez dias do mês de maio de dois mil e vinte e um, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente e justificou a sua ausência, Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira. ----------

---------- Foram tratados os seguintes assuntos: ----------

««««**PONTO QUATRO – EDOC/2021/16963** – Projeto «Promoção de estilos de vida saudáveis: uma intervenção comunitária em pessoas com risco de Diabetes Tipo 2», a realizar por José Manuel Inocêncio das Dores. ----------

-- A Comissão de Ética, após análise atenta do projeto, não tem nada a opor e emite parecer favorável. ----------

Beja, 17 de maio 2021

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : **ANA PAULA DE MATOS PIRES**
Num. de Identificação: BI065519256
Data: 2021.05.20 14:09:35 Hora de Verão de GMT

CARTÃO DE CIDADÃO

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt . www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275

Anexo V – Autorização de Implementação do Projeto pelo Coordenador da UCC

RE: Pedido de Autorização para a realização do projeto de intervenção comunitária na UCC [redacted]

MU [redacted]

21/05/2021 08:33

Para: José Dores - ULSBA

Exmo. Sr. Enfº José Dores

Informo que está concedida autorização para a realização das atividades propostas no âmbito do seu projeto de intervenção comunitária na UCC [redacted] integradas no Estágio Final do Curso de Mestrado em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde de Beja

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]
Enfermeiro Especialista em funções de chefia da UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)
Coordenador
ECL (Equipa Coordenadora Local da RNCCI)
UCC [redacted] *(Unidade de Cuidados na Comunidade)*

Anexo VI – Autorização de utilização de materiais pedagógicos do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes" pela Diretora do Programa Nacional para a Diabetes

RE: Autorização Mestrado em enfermagem

SV **Sonia Vale** <[redacted]>
11/10/2021 13:12

Para: José Dores - ULSBA

Declaração de...
120,2 KB

Caro Enf. Dores,

Pode utilizar os materiais, dando os respetivos créditos ao PND/DGS/pessoas envolvidas conforme o caso. Também lhe peço que partilhe com a DGS antes de publicar.
Junto a declaração de confidencialidade que estamos a pedir e que lhe peço também que preencha e devolva assinada.

Obrigada.

Melhores Cumprimentos
Sónia do Vale, MD PhD
Diretora do Programa Nacional para a Diabetes / Director of the National Program for Diabetes

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Formação

Plano de Formação		
Sessão Formativa 1: "Mais Saúde Menos Diabetes"		**Data:** 06/07/2021
Tema: Apresentação do Programa Educativo		**Local:** Centro de Saúde X
Formador(es): Mestrando José Dores		
Objetivos I. Dar a conhecer o Programa "Mais Saúde Menos Diabetes"; II. Partilhar os Materiais Pedagógicos com os Profissionais da UCC; III. Distribuir sessões educativas a simular pelos profissionais da UCC.		
Conteúdos	**Estratégia de dinamização/ Atividades práticas**	**Recursos Necessários e Tempo**
Programa "Mais Saúde Menos Diabetes"	Dar a conhecer o Programa "Mais Saúde Menos Diabetes" Permitir que cada profissional esclareça todas as dúvidas acerca do programa educativo	PPT (20 min)
Partilha dos Materiais Pedagógicos	Permitir que cada participante tenha contacto com os materiais pedagógicos. Abrir espaço para a discussão acerca da utilização dos materiais pedagógicos.	(20min)
Distribuir as Sessões Educativas	Dar a conhecer o formato em que se pretende desenvolver as duas sessões de formação que se seguem Fazer a distribuição das sessões pelos profissionais da UCC	(20 min)

Plano de Formação		
Sessão Formativa 2: "Mais Saúde Menos Diabetes"		**Data:** 08/07/2021
Tema: Simulação das Sessões Educativas 1, 2 e 3		**Local:** Centro de Saúde X
Formador(es): Enfermeiro, Nutricionista e Psicólogo		
Objetivos I. Simular as sessões educativas do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes"		
Conteúdos	**Estratégia de dinamização/ Atividades práticas**	**Recursos Necessários e Tempo**
Sessão 1: Diabetes, fatores de risco e prevenção	Simulação da Sessão 1 do Programa Educativo Discussão das dificuldades e pontos importantes da sessão entre os profissionais da UCC	PPT (30 min)
Sessão 2: Facilitar a construção de hábitos	Simulação da Sessão 2 do Programa Educativo Discussão das dificuldades e pontos importantes da sessão entre os profissionais da UCC	PPT (30 min)
Sessão 3: Alimentação Saudável na Prevenção da Diabetes	Simulação da Sessão 3 do Programa Educativo Discussão das dificuldades e pontos importantes da sessão entre os profissionais da UCC	PPT (30 min)

Plano de Formação		
Sessão Formativa 3: "Mais Saúde Menos Diabetes"		**Data:** 16/07/2021
Tema: Simulação das Sessões Educativas 4, 5, 6 e 7		**Local:** Centro de Saúde X
Formador(es): Enfermeiro, Nutricionista e Psicólogo		
Objetivos I. Simular as sessões educativas do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes"		
Conteúdos	**Estratégia de dinamização/ Atividades práticas**	**Recursos Necessários e Tempo**
Sessão 4: Atividade(s) física(s) porquê e como!	Simulação da Sessão 4 do Programa Educativo Discussão das dificuldades e pontos importantes da sessão entre os profissionais da UCC	PPT (30 min)
Sessão 5: Estratégias para controlar o peso	Simulação da Sessão 5 do Programa Educativo Discussão das dificuldades e pontos importantes da sessão entre os profissionais da UCC	PPT (30 min)
Sessão 6: Atividade Física em segurança!	Simulação da Sessão 6 do Programa Educativo Discussão das dificuldades e pontos importantes da sessão entre os profissionais da UCC	PPT (30 min)
Sessão 7: Facilitar a manutenção de hábitos	Simulação da Sessão 7 do Programa Educativo Discussão das dificuldades e pontos importantes da sessão entre os profissionais da UCC	PPT (30 min)

Apêndice II – Manual do Educador do Programa “Mais Saúde Menos Diabetes”

saúde menos diabetes

Programa de diagnóstico e prevenção da diabetes

Manual do Educador

Documento de referência para facilitadores



Índice

Introdução 3

Sessões Educativas – Resumo 4

Sessões Educativas 5

Sessão Educacional 0 – Avaliação Inicial 6

Sessão Educacional 1 – Diabetes e Fatores de Risco 7

Sessão Educacional 2 – Facilitar a construção de novos hábitos 11

Sessão Educacional 3 – Alimentação Saudável 15

Sessão Educacional 4 – Atividade Física: Porquê e como! 18

Sessão Educacional 5 – Estratégias para controlar o peso 24

Sessão Educacional 6 – Atividade Física em segurança 26

Sessão Educacional 7 – Facilitar a manutenção de comportamentos 31

Introdução

Bem-vindo ao "Mais Saúde Menos Diabetes", um projeto da responsabilidade do Programa Nacional para a Diabetes, da Direção-Geral da Saúde, que tem como objetivo o diagnóstico precoce e a prevenção da Diabetes tipo 2.

Trata-se de um projeto de intervenção nos estilos de vida! Assim, será fundamental o contributo de todos, para unir esforços no sentido de se tentar motivar e ajudar os participantes a adotarem um estilo de vida mais saudável e a prevenirem a Diabetes tipo 2.

O "Mais Saúde Menos Diabetes" consiste na realização de 10 sessões – uma "pré-sessão" para realização de algumas avaliações, 7 sessões educacionais e 2 sessões de follow-up para avaliação dos resultados obtidos.

Em cada uma das sessões, deverá seguir este Manual do Educador, onde se apresentam as temáticas a abordar e as atividades a implementar, constando, em anexo, os planos de sessão, com as secções de cada sessão, bem como a respetiva duração e materiais a utilizar. Este manual pretende ser um guião na ajuda à realização de uma sessão educacional bem-sucedida.

A distribuição das pessoas na sala dependerá do ambiente, mas espera-se que o grupo se disponha num semicírculo em frente à equipa de educadores.

Sessões Educativas – Resumo

Estas sessões educacionais foram pensadas e estruturadas com o intuito de apoiar os participantes nas suas escolhas e mudanças positivas em termos dos seus hábitos alimentares e de atividade física. As mudanças destes hábitos de vida podem contribuir de forma significativa para a melhoria da saúde dos utentes.

As pessoas que adiram a este projeto terão, muito provavelmente, ideias e motivações diferentes para o fazerem, pelo que o objetivo destas sessões passa por facilitar o processo de aprendizagem dessas pessoas em termos de estilos de vida saudáveis, contribuindo assim para uma maior autonomia na gestão da sua Saúde.

Este manual servirá como guia para a implementação destas sessões, dando todas as indicações necessárias a estes profissionais sobre o que deve ser feito em cada uma das sessões.

SESSÃO EDUCACIONAL 0

Avaliação inicial

- Avaliação Risco DM2;
- Avaliação Hábitos alimentares (PREDIMED);
- Avaliação Hábitos de Atividade Física (IPAQ);
- Avaliação Psicológica;
- Registos biométricos.

SESSÃO EDUCACIONAL 1

Diabetes e Fatores de Risco

- Diabetes Tipo 2;
- Fatores de Risco DM tipo 2;

SESSÃO EDUCACIONAL 2

Facilitar a construção de hábitos

- Mudança de Hábitos;
- Saúde enquanto recurso;
- Motivação para Mudança de Hábitos

SESSÃO EDUCACIONAL 3

Alimentação Saudável

- Importância da alimentação na prevenção da Diabetes tipo 2;
- Princípios de uma alimentação Saudável.

SESSÃO EDUCACIONAL 4

Atividade Física: Porquê e como!

- Benefícios de se ser mais ativo e menos sedentário;
- Desmistificação de mitos;
- Pirâmide da Atividade Física e recomendações;
- Exercícios para fazer em casa.

SESSÃO EDUCACIONAL 5

Estratégias para Controlar o Peso

- Impacto do peso na prevenção da Diabetes tipo 2;
- Ler e interpretar os rótulos dos alimentos;
- Escolhas alimentares saudáveis;
- Controlar os tamanhos das porções.

SESSÃO EDUCACIONAL 6

Atividade Física em segurança!

- Como integrar atividade física no nosso quotidiano;
- Componentes de uma sessão de atividade física;
- Prática de atividade física em segurança.

SESSÃO EDUCACIONAL 7

Facilitar a manutenção de hábitos

- Automatismos/Hábitos;
- Facilitar a construção de um hábito;
- Motivação para a manutenção de hábitos.

Sessões Educativas

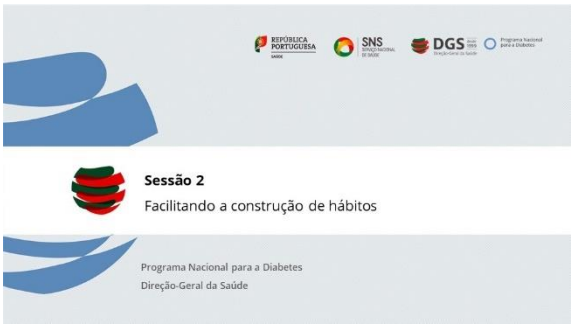
Algumas considerações antes de implementar as sessões...

- Assegure-se de que tem tempo para preparar cada uma das sessões antecipadamente (certifique-se de que tem todo o material necessário e preparado, assim como a sala organizada e com uma disposição que facilite os exercícios da sessão);
- Durante a sessão, dê tempo aos participantes para exporem as suas ideias e opiniões e interagirem uns com os outros, aprenderão mais com as suas discussões de ideias do que com as "lições" que lhes são transmitidas;
- Procure que a sessão adote um estilo de descoberta guiada por parte dos participantes, recorrendo a perguntas orientadas para um objetivo, mais do que apenas uma sessão expositiva por parte do professor/formador;
- Assegure-se de que todos, ou pelo menos a maioria, dos participantes intervém durante a sessão e não permita que sejam sempre os mesmos participantes a "monopolizar" as discussões. Nestes casos, procure redirecionar as discussões para outros participantes ou para outra temática;
- Evite que existam muitas discussões "fora do contexto". Embora seja importante que os participantes tenham espaço para expor as suas ideias, é necessário assegurar que os conteúdos de cada sessão são abordados;
- No final de cada sessão peça aos participantes que refiram o que aprenderam e o que pensam que lhes poderá ser útil para o seu dia-a-dia, ajudando-os a refletir sobre os conteúdos abordados.

Apêndice III – Sessões Educativas do Programa “Mais saúde Menos Diabetes”


saúde
menos diabetes
Programa de diagnóstico
e prevenção da diabetes


Sessão 1
Diabetes, fatores de risco e prevenção
Programa Nacional para a Diabetes
Direção-Geral da Saúde


Sessão 2
Facilitando a construção de hábitos
Programa Nacional para a Diabetes
Direção-Geral da Saúde


Sessão 3
Alimentação Saudável na prevenção da Diabetes
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Direção-Geral da Saúde

7,5


Sessão 4
Atividade(s) física(s) porquê e como!
Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
Direção-Geral da Saúde


Sessão 5
Estratégias para o controlo de peso
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
Direção-Geral da Saúde


Sessão 6
Atividade Física em segurança!
Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
Direção-Geral da Saúde


Sessão 7
Facilitando a manutenção de hábitos
Programa Nacional para a Diabetes
Direção-Geral da Saúde

Apêndice IV – Cadernos de Apoio para Utentes do Programa "Mais saúde Menos Diabetes"

saúde menos diabetes
Programa de diagnóstico e prevenção da diabetes

Caderno de Apoio
Sessão 1 – Diabetes, fatores de risco e prevenção



saúde menos diabetes
Programa de diagnóstico e prevenção da diabetes

Caderno de Apoio
Sessão 2 – Facilitar a mudança de hábitos



saúde menos diabetes
Programa de diagnóstico e prevenção da diabetes

Caderno de Apoio
Sessão 3 – A alimentação saudável na prevenção da Diabetes



saúde menos diabetes
Programa de diagnóstico e prevenção da diabetes

Caderno de Apoio
Sessão 4 – Atividade(s) física(s): porquê e como!



saúde menos diabetes
Programa de diagnóstico e prevenção da diabetes

Caderno de Apoio
Sessão 7 – Facilitar a manutenção de hábitos



Apêndice V – Cronograma de Atividades

Atividades	2021				2022				2023				2024			
	1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t
Elaboração do Material Educativo e preparação das sessões educativas.																
Reunião com os profissionais de saúde da UCSP e UCC de um Concelho da região do Baixo Alentejo.																
Reuniões formativas de capacitação dos profissionais de saúde da UCC para a dinamização do Programa Educativo.																
Criação de um grupo de teste de utentes, de um Concelho da região do Baixo Alentejo, com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2.																
Realização de sessões de educação para a saúde, previstas no Programa Educativo, ao grupo de teste de utentes.																
Avaliação das sessões de educação para a saúde do grupo de teste.																
Reunião com os representantes do Município de um Concelho da região do Baixo Alentejo																
Criação de grupos de utentes, de um Concelho da região do Baixo Alentejo, com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2																
Realização de sessões de educação para a saúde aos utentes da população-alvo.																

Apêndice VI – Folha de Presenças da Reunião de Apresentação do Projeto

FOLHA DE PRESENÇAS

Data: 01/07/2021 **Local:** Centro de Saúde X **Hora:** 09:00 às 09:30

Tema: Apresentação do projeto de intervenção comunitária com tema *"Promoção de estilos de vida saudáveis: uma intervenção comunitária em pessoas com risco de Diabetes Tipo 2"*

Objetivos: Dar a conhecer o projeto de intervenção comunitária, os resultados obtidos através do diagnóstico de saúde realizado.

Formador: José Manuel Inocêncio das Dores

Serviço / Unidade Funcional: UCSP e UCC de X

Formando	**Serviço / Unidade Funcional**	**Presenças**	
		Manhã Horário: 09:00 às 09:30	

O Enf.º responsável pela Formação em serviço, _____

O Enf.º orientador, _____

Apêndice VII – Folha de Presenças das Reunião Formativas do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes"

FOLHA DE PRESENÇAS

Data: 08/07/2021 **Local:** Centro de Saúde X **Hora:** 09:00 às 11:00

Tema: Formação de facilitadores do Programa Educativo para pessoas com risco alto e muito alto de Diabetes tipo 2

Objetivos: Promover, através de três ações de formação, a capacitação dos profissionais de saúde da UCC para a dinamização das sessões educativas do Programa Educativo.

Formador: José Manuel Inocêncio das Dores

Serviço / Unidade Funcional: UCC de X

Formando	**Serviço / Unidade Funcional**	**Presenças**	
		Manhã Horário: 09:00 às 11:00	

O Enf.º responsável pela Formação em serviço, _____

O Enf.º orientador, _____

Apêndice VIII – Tabela de Observação das Sessões Educativas do Programa "Mais Saúde Menos Diabetes"

SESSÃO 1 – Diabetes, fatores de risco e prevenção								
Formando	**Descrição do conteúdo educativo**							
	Prevalência da Diabetes (Mundo, Europa e Portugal);		Principais tipos de Diabetes		Manifestações clínicas principais e nucleares da Diabetes: sintomas e sequência dos acontecimentos		Fatores de risco modificáveis e não modificáveis	
	Atingido	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**
Profissional A								
SESSÃO 2 – Facilitar a mudança de hábitos								
Formando	**Descrição do conteúdo educativo**							
	Mudança de Hábitos		Metas e Objetivos		Definir comportamento a alterar		Estabelecimento de prioridades	
	Atingido	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**
Profissional B								
Avaliador:								
Data:								

SESSÃO 3 – A alimentação saudável na prevenção da Diabetes								
Formando	**Descrição do conteúdo educativo**							
	Importância da alimentação		Autoavaliação alimentar		Objetivos a atingir		Autoavaliação	
	Atingido	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**
Profissional C								
SESSÃO 4 – Atividade(s) física(s): porquê e como!								
Formando	**Descrição do conteúdo educativo**							
	Importância de ser ativo		Desmistificar os mitos		Tipos de atividade física		Automonitorização	
	Atingido	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**
Profissional D								
Avaliador:								
Data:								

SESSÃO 5 – Estratégias para controlar o peso								
Formando	**Descrição do conteúdo educativo**							
	Importância do peso corporal		Leitura de rótulos		Escolhas alimentares saudáveis		Tamanhos de porções	
	Atingido	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**
Profissional E								
SESSÃO 6 – Atividade Física em segurança!								
Formando	**Descrição do conteúdo educativo**							
	Integrar a atividade física no quotidiano		Sessão de atividade física		Práticas seguras		Exemplos	
	Atingido	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**
Profissional F								
Avaliador:								
Data:								

SESSÃO 7 – Facilitar a manutenção de hábitos								
Formando	**Descrição do conteúdo educativo**							
	Automatismos		Hábitos		Construção de hábitos		Motivação para a manutenção de hábitos	
	Atingido	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**	**Atingido**	**Não Atingido**
Profissional G								

Apêndice IX – Resumo da Revisão Integrativa da Literatura

EFETIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA, LIDERADA POR ENFERMEIROS, EM PESSOAS COM RISCO DE DIABETES TIPO 2: REVISÃO SISTEMÁTICA

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, DIRIGIDA POR ENFERMERAS, EN PERSONAS CON RIESGO DE DIABETES TIPO 2: REVISIÓN SISTEMÁTICA

EFFECTIVENESS OF A COMMUNITY INTERVENTION, LEAD BY NURSES, IN PEOPLE WITH RISK OF TYPE 2 DIABETES: SYSTEMATIC REVIEW

José Manuel Inocêncio das Dores – Licenciatura em Enfermagem pela Escola Superior de saúde de Beja. Enfermeiro na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro – Doutoramento em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Beja

Resumo

Introdução: A diabetes constitui um desafio aos sistemas de saúde pela sua dimensão pandémica, em 2019 existiam no mundo 463 milhões de pessoas com esta doença, representando 9,3% da população. A diabetes só pode ser combatida com uma abordagem de saúde em todas as políticas, promovendo estilos de vida saudáveis, de forma a prevenir a doença.

Objetivos: Determinar se uma intervenção comunitária, liderada por enfermeiros, é efetiva na prevenção da diabetes tipo 2, identificar as metodologias de intervenção, promotoras de estilos de vida saudáveis, que demonstram maior eficácia na prevenção da diabetes tipo 2.

Métodos: Nesta revisão sistemática, realizou-se pesquisa em bases de dados (PUBMED e EBSCO) e utilizando como termos de pesquisa: “community health nursing”, “diabetes mellitus type 2”, “lifestyle risk reduction” e “health education”. Obtiveram-se 32 estudos, após seleção e análise, incluíram-se 3 estudos.

Resultados: Todos os estudos incluídos nesta revisão tinham como objetivo avaliar o impacto de intervenções sobre os estilos de vida, nas pessoas com risco de desenvolver Diabetes Tipo 2, em contexto comunitário, com enfermeiros como elementos da equipa de coordenação e educação dos participantes. É transversal uma evolução positiva dos principais parâmetros avaliados, bem como o facto de nenhum participante ter desenvolvido diabetes tipo 2.

Conclusão: A implementação, em contexto comunitário, de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, liderada por enfermeiros, em pessoas com risco de diabetes tipo 2, tem um efeito positivo na redução da sua incidência.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária; Diabetes Mellitus Tipo 2; Comportamento de Redução do Risco; Educação em Saúde.

Resumen

Introducción: La diabetes es un desafío para los sistemas de salud debido a su dimensión pandémica, había 463 millones de personas en el mundo con esta enfermedad en 2019, lo que representa el 9,3% de la población. La diabetes solo puede abordarse con un enfoque de salud en todas las políticas, promoviendo estilos de vida saludables para prevenir la enfermedad.

Objetivos: Determinar si una intervención comunitaria, liderada por enfermeras, es efectiva en la prevención de la diabetes tipo 2, para identificar metodologías de intervención en estilos de vida que demuestren mayor efectividad en la prevención de la diabetes tipo 2.

Métodos: En esta revisión sistemática se realizó una búsqueda en bases de datos (PUBMED y EBSCO) y utilizando como términos de búsqueda: “enfermería en salud comunitaria”, “diabetes mellitus tipo 2”, “conducta de reducción del riesgo” y “educación en salud”. Se obtuvieron 32 estudios, luego de la selección y análisis, se incluyeron 3 estudios.

Resultados: Todos los estudios incluidos en esta revisión tuvieron como objetivo evaluar el impacto de las intervenciones en los estilos de vida, en personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, en un contexto comunitario, con enfermeras como miembros del equipo de coordinación y educación de los participantes. Es transversal una evolución positiva de los principales parámetros evaluados, así como el hecho de que ningún participante ha desarrollado diabetes tipo 2.

Conclusión: La implementación, en un contexto comunitario, de intervenciones para promover estilos de vida saludables, lideradas por enfermeras, en personas en riesgo de diabetes tipo 2, tiene un efecto positivo en la reducción de su incidencia.

Palabras clabe: Enfermería en Salud Comunitaria; Diabetes Mellitus Tipo 2; Conducta de Reducción del Riesgo; Educación en Salud.

Abstact

Introduction: Diabetes is a challenge to health systems due to its pandemic dimension, there were 463 million people in the world with this disease in 2019, representing 9.3% of the population. Diabetes can only be tackled with a health in all policies approach, promoting healthy lifestyles to prevent the disease.

Objectives: To determine whether a community intervention, led by nurses, is effective in preventing type 2 diabetes, to identify intervention methodologies in lifestyles that demonstrate greater effectiveness in preventing type 2 diabetes.

Methods: In this systematic review, a search was carried out in databases (PUBMED and EBSCO) and using as search terms: “community health nursing”, “diabetes mellitus type 2”, “lifestyle risk reduction” and “health education”. 32 studies were obtained, after selection and analysis, 3 studies were included.

Results: All studies included in this review aimed to assess the impact of interventions on lifestyles, in people at risk of developing Type 2 Diabetes, in a community context, with nurses as members of the coordination and education team of the participants. A positive evolution of the main parameters evaluated is transversal, as well as the fact that no participant has developed type 2 diabetes.

Conclusion: The implementation, in a community context, of interventions to promote healthy lifestyles, led by nurses, in people at risk for type 2 diabetes, has a positive effect in reducing its incidence.

Key words: Community Health Nursing; Diabetes Mellitus, Type 2; Lifestyle Risk Reduction; Health Education.