

Melhor Informação Mais Saúde
Adesão ao Regime Terapêutico

Relatório de Estágio Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre na
Especialidade de Enfermagem Comunitária

Autor

Graça Maria Teixeira

ORIENTADORES

Professora Doutora Irene Santos

COORIENTADOR

Professora Mestre Maria do Carmo Figueiredo

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

"Acho que os sentimentos se perdem nas palavras
Todos deveriam ser transformados em ações
Em ações que tragam resultados"

Florence Nightingale

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

Dedicatória

Aos doentes crónicos que se motivaram para a mudança e foram a pedra de toque neste projeto, aos prováveis doentes cónicos que, com informação adequada na hora certa podem ter mais e melhor saúde, é por todos que este projeto existe.

A todos os enfermeiros que se disponibilizem a fazer mais e melhor pela saúde das comunidades onde estão inseridos, a toda a sociedade civil que, de forma ativa se envolva nestes projetos.

Finalmente à especialidade e mestrado em enfermagem comunitária dos anos 2013- 2016, por tornarem este trabalho possível.

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

Agradecimento

Este percurso só foi possível com muito esforço, empenho, dedicação e com a colaboração de muitas pessoas. Os professores da Escola Superior de Saúde de Santarém: Professora Doutora Irene Santos pela disponibilidade, apoio e orientação ao longo de todo o percurso, como pessoa responsável pela minha conquista; ao Professor Doutor José Amendoeira pelo seu reforço positivo, sempre disponível para direcionar quando tudo parecia inexecutável; à Professora e Mestre Isabel Barroso pela capacidade de resposta e ajuda, sempre que solicitada, quando tudo parecia impossível de concretizar e ainda, à Professora Mestre Maria do Carmo Figueiredo pela orientação na elaboração do relatório, aos Enfermeiros da UCC de Almeirim, Paulo e Salete como orientadores do estágio, pela capacidade de ajuda e cedência de espaço de atuação, nunca descurando os objetivos do projeto.

Sem esquecer as amizades mantidas, não posso deixar de referir as muitas que conquistei. Ao grupo de trabalho do 6º Curso de Mestrado pelo espírito de solidariedade, pela partilha das dificuldades, sem eles tudo teria sido mais difícil.

Às pessoas e famílias que fizeram parte deste meu percurso formativo, que me permitiram com eles crescer e ser uma melhor profissional. Não posso esquecer o meu núcleo familiar pelas ausências sentidas e permitidas. A todos os colegas e amigos que de forma direta ou indireta participaram e tornaram possível este projeto de vida, o meu muito obrigado. Todos acreditaram e acreditam que poderemos fazer mais e melhor

Sem toda esta equipe teria sido um percurso penoso ou talvez impossível.

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACE	Agrupamentos de Centros de Saúde
CS	Centro de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipe de Cuidados Continuados Integrados
IAN	Inquérito Alimentar Nacional
ICN	International Council of Nurses
INE	Instituto Nacional de Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
Nº /nº	Número
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OE	Ordem dos Enfermeiros
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
TA	Tensão Arterial
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCA	Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Pública
USP	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization - Organização Mundial de Saúde

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

RESUMO

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

Diabetes e hipertensão serão nas próximas décadas a maior causa de incapacidades nas pessoas. Investir na sua prevenção e controlo, mudando comportamentos, é fundamental.

A implementação deste projeto surge de um diagnóstico efetuado pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim: “Elevado número de pessoas com obesidade, glicémia e tensão arterial elevada, nas classes de desporto sénior da Câmara Municipal”. Foi implementado o projeto e desenvolvidas estratégias de promoção da saúde, para obter ganhos em saúde.

Efetuada uma Revisão sistemática da literatura, utilizando-se o protocolo do JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, salientando-se: a importância e necessidade de investir na área da promoção da saúde; o papel dos enfermeiros como formadores na equipe de saúde.

Realizaram-se quatro sessões de educação para a saúde, replicadas em nove contextos, enfatizando-se a importância da adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

A receptividade da comunidade permite prognosticar mudanças efetivas nos comportamentos.

Palavras-chave: enfermeira*, doença crónica, promoção da saúde, autonomia.

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

ABSTRACT

Better information, more health, adherence to the therapeutic regimen

Diabetes and hypertension will be in the next decades the largest cause of disability in people, invest in prevention and control changing behaviors is critical.

The implementation of this project arises from a diagnosis carried out by the Care Unit in the community of Almeirim, "Large number of people with obesity, blood sugar and high blood pressure in senior sport classes of the City Hall ", the project was implemented and developed health promotion strategies, in order to obtain health gains.

Carried out a systematic review of the literature, using the Protocol of the JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, standing out: the importance and need to invest in the area of health promotion, the role of nurses as trainers in the health team.

Four sessions of health education were carried out, replicated in nine contexts, emphasizing the importance of adherence to drug and non-drug therapy.

The receptivity of the community allows us to prognosticate effective changes in behavior.

Keywords: nurse*, chronic disease, health promotion, autonomy

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA DE ALMEIRIM	25
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UCC DE ALMEIRIM.....	26
2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM	27
2.1- SER ENFERMEIRO NA COMUNIDADE	27
2.2 - ENVELHECIMENTO ATIVO	28
2.3 - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	30
2.4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	31
2.5 - MOTIVAÇÃO EM SAÚDE	32
2.6 – A DOENÇA CRÓNICA E O DESPORTO	33
2.7 – A SAÚDE E O DESPORTO	35
3 – METODOLOGIA	39
3.1 – PRIMEIRA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	39
3.1.1 – Estabelecimento de Prioridades	44
3.1.2 – Fixação de Objetivos	46
3.1.3 - Seleção de Estratégias - Revisão Sistemática da Literatura	47
3.1.3.1 - Seleção de Estratégias - Saber Ser, Saber Estar e Saber Fazer	50
3.2 – SEGUNDA SESSÃO - EXECUÇÃO DO PLANO, MAIS VIDA MAIS SAÚDE	52
3.3 - TERCEIRA SESSÃO – ALMOÇO CONVIVIO.....	54
3.4 – O REENCONTRO / O QUE MUDOU 2014 /2016.....	55
3.5 - QUARTA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	56
3.6 - AVALIAÇÃO DO PLANO	56
4 – ANÁLISE CRÍTICA	61
5 – CONCLUSÃO	65
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	
ANEXO I - Projeto de Intervenção	73
ANEXO II - Consentimento Informado	101
ANEXO III - Plano das Sessões de Educação Para A Saúde	105
ANEXO IV - Gráficos de Dados da Primeira Sessão de Educação Para A Saúde	109
ANEXO V - Protocolo Jbi Database Of Systematic Reviews & Implementation Reports.....	113
ANEXO VI - Quadros com o Protocolo de Pesquisa	165
ANEXO VII - Prisma	169
ANEXO VIII - Artigo Selecionado Nº 1	173
ANEXO IX - Artigo Selecionado Nº 2.....	185

ANEXO X - JBI- QARI - ARTIGO Nº 1	197
ANEXO XI - JBI- QARI – ARTIGO Nº 2	209
ANEXO XII - Resumo de Artigo de Consulta	231
ANEXO XIII - Folheto Avós e Netos	235
ANEXO XIV - Gráficos dos Dados da Segunda e Quarta Sessão de Educação para a Saúde....	239

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Análise da Entrevista Segundo O Modelo de Betty Neuman.....	37
Quadro nº9 - Resumo dos Artigos	49

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - Índice de Massa Corporal na Classe de Desporto Sénior da Câmara de Almeirim..	41
Gráfico nº 2 - Valores Tensionais.....	41
Gráfico nº 3 - Valores Glicémicos	41
Gráfico nº 4 - Percentagem de Analfabetos Relativamente à População Nacional	43
Gráfico nº 12 - Relativo à Hipertensão Com e Sem Medicação	45
Gráfico nº 13 - Relativo à Glicemia Com e Sem Medicação.....	46

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Imagens da segunda sessão de educação para a Saúde, “Mais vida mais Saúde” 53

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

INTRODUÇÃO

O mundo de hoje encontra-se numa época de grandes desafios. Socialmente tem-se a consciência de que a população se encontra envelhecida, tornando-se indispensável a mobilização de todos os intervenientes sociais, fazendo um uso adequado de todos os meios disponíveis para encontrar soluções que deem respostas adequadas às necessidades existentes. Do grande grupo das doenças crónicas com grande prevalência na população portuguesa, fazem parte, a hipertensão e a diabetes, que comprometem fortemente a qualidade de vida da população idosa, às quais a comunidade de Almeirim não está imune.

A crescente importância do fenómeno a nível local, exige uma gestão eficaz e eficiente desses recursos. A qualidade dos cuidados tem que ser melhorada obtendo ganhos em saúde para as populações, apesar das dificuldades inerentes a todo este processo.

A World Health Organization (WHO, 2002) refere que, o envelhecimento ativo constitui um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Mas o estilo de vida na nossa sociedade pauta-se por hábitos alimentares inadequados, um estilo de vida sedentário e por um gradual aumento de hábitos tabágicos. Urge investir na prevenção, como contributo para a diminuição da morbilidade e das sequelas provocadas pelas doenças crónicas, reduzindo o número de mortes potencialmente evitáveis.

O presente relatório surge na sequência do estágio da especialidade e mestrado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim (UCC), onde existiam diagnósticos de saúde, aos quais havia necessidade de dar resposta: “O número de novos casos de pessoas com tensão arterial e glicémia elevada na classe de desporto sénior da Câmara de Almeirim”? Constituído o diagnóstico de enfermagem, foi elaborado um projeto de intervenção, para lhe dar resposta sendo o modelo teórico de enfermagem adotado, o modelo de sistemas de Betty Neuman.

Tendo por base os objetivos pedagógicos para o estágio, foi definido como objetivo geral: Implementar o projecto “Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico”.

Como objetivos específicos:

Promover a tomada de consciência da doença por parte dos idosos

Promover a adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

Capacitar os idosos para uma maior autonomia, na gestão da doença.

Numa fase inicial houve necessidade de conhecer os hábitos da comunidade, perceber qual era o seu nível de entendimento relativamente à sua saúde, as temáticas mais prementes e as reais necessidades de formação/ educação para a saúde. Efetuaram-se quatro sessões de educação para a saúde, que pós replicadas perfizeram um total de vinte e uma sessões, cada uma planeada de acordo com as necessidades expressas pelos idosos intervenientes. Procurou-se promover a capacitação do grupo e motivar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, no que se relaciona

com a adesão ao regime terapêutico, medicamentoso e não medicamentoso, neste caso salientamos a alimentação. Para as sessões de educação para a saúde fez-se uso de meios audiovisuais, como demonstração e entrega de folhetos, e divulgação em órgãos de comunicação local.

De referir a pesquisa na literatura científica, os momentos de partilha nos seminários e as atividades desenvolvidas com os participantes e parceiros da comunidade, onde ficou explícito o interesse por parte da UCC e da Câmara Municipal em dar continuidade ao projeto, mesmo fora do âmbito académico.

Durante a implementação do projeto foram efetuadas duas revisões sistemáticas da literatura, por os tempos de implementação do projeto se situarem em datas distintas, tendo por base a pergunta PICO: *Que intervenções de enfermagem a desenvolver ao nível da promoção da saúde, para adotar hábitos de vida saudáveis na doença crónica, de modo a adquirir maior autonomia?* O que nos permitiu garantir que a metodologia a utilizar seria a mais adequada, face ao diagnóstico (só a mais recente revisão consta do relatório).

Definidos que foram os objetivos do projeto, que se cruzam com os académicos, há que referir os objetivos pessoais: Conseguir fazer parte integrante deste grupo da comunidade, trabalhar com ele como profissional, demonstrando capacidade para implementar o projeto e avalia-lo, desenvolvendo competências de enfermeira especialista em enfermagem comunitária, obtendo ganhos em saúde, crescer profissional e pessoalmente com as experiências vividas obtendo subsídios para o futuro pessoal e profissional, num tempo em que a necessidade de otimizar recursos é uma constante em todos os contextos.

O relatório encontra-se organizado de forma sequencial atendendo à metodologia do planeamento em saúde. Começamos, no capítulo um, por dar a conhecer a comunidade alvo e a UCC de Almeirim, caracterizando-as, definindo o seu contexto e identificando os seus recursos.

No capítulo dois encontra-se a conceptualização da temática, com a apresentação de conceitos e aspetos teóricos: ser enfermeiro de saúde comunitária, envelhecimento ativo, adesão à terapêutica, promoção da saúde, motivação em saúde, a doença crónica e o desporto, e a saúde e o desporto.

Do capítulo três fazem parte todas as questões metodológicas, que, obedecendo ao planeamento em saúde, se encontra visível nas suas três fases; elaboração do plano, execução e avaliação. Deste capítulo faz parte ainda a revisão sistemática da literatura que subsidiou o projeto e a sua implementação, permitindo considerar níveis de qualidade nas sessões e ganhos em saúde daí potencialmente decorrentes. Terminamos o relatório com a análise crítica e conclusão.

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRÁFICA DE ALMEIRIM

Geograficamente Almeirim faz parte de uma região com origem nas alterações das últimas glaciações, em remotos grupos humanos que aqui se fixaram. Tornando-se desde muito cedo num lugar preferido dos reis da II dinastia como estância de Inverno, frequentada por numerosos membros da Corte, de tal maneira que foi considerada a “Sintra de Inverno” no século XVI. Hoje em dia, Almeirim nada tem que aponte esse passado faustoso, mas goza da mesma centralidade geográfica e acessibilidades terrestre e fluvial, que a têm colocado no centro de desenvolvimento económico da região, o facto deve-se também à sua proximidade de Santarém e Lisboa.

Para se poder implementar um projeto numa comunidade à que a caracterizar nas suas dimensões social e demográfica e ainda, identificar os seus recursos disponíveis para posteriormente se priorizar e intervir (Sousa *et al*, 2017).

O Concelho de Almeirim tem um contexto maioritariamente rural, contrastando com a Freguesia de Almeirim, que se assume como urbana. Com uma população distribuída entre quatro Freguesias (Almeirim, Fazendas de Almeirim, Benfica do Ribatejo e Raposa), todas elas possuindo características distintas, o que lhe confere em termos concelhios, uma heterogeneidade de costumes e saberes. A produção agrícola, com as suas terras miocénicas propícias à agricultura, aliada à indústria da transformação de produtos alimentares, donde se destaca a Compal, Sumol e as Adegas Cooperativas têm um peso importante na economia local e são a base de sustento de uma percentagem muito significativa da população da região, onde também se inclui a população alvo do projeto.

O sector terciário emprega a outra parte da população, com especial destaque para a área da restauração, que direta e indiretamente ocupa centenas de pessoas. Almeirim e toda a sua zona envolvente tem uma gastronomia considerada de “rica”, com características muito propícias a excessos e em que a cultura de que “comer bem” é também sinónimo de abundantemente.

A Superfície do Concelho é de aproximadamente 221,80 Km, com uma densidade populacional de 105,2 habitantes/Km², com um índice de envelhecimento de 144,4% e uma taxa de analfabetismo de 14,2% de acordo com os Censos (2011). A população do concelho corresponde a vinte e três mil quatrocentas e trinta e duas pessoas, população maioritariamente adulta em que cinco mil duzentas e cinquenta e uma pessoas têm idade superior a 65 anos, o que significa que a percentagem de idosos do concelho ronda os 22,46%, significativamente superior à existente no Continente, 19,70%, também de acordo com os Censos (2011).

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UCC DE ALMEIRIM

A Missão de uma UCC está definida no Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro: prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias, grupos vulneráveis e atuar na educação para a saúde.

É através da UCC que o ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

No âmbito da reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, o Centro de Saúde (CS) de Almeirim faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria e Vale do Tejo, num conjunto de mais cinco Centros de Saúde, Chamusca, Alpiarça, Coruche, Benavente e Salvaterra de Magos. Tem como hospital de referência o Hospital de Santarém; como unidades orgânicas possui a Unidade de Saúde Pública, (USP), Unidade de Saúde Familiar, (USF), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, (URAP), Unidade de Cuidados na Comunidade, (UCC), Equipe de Cuidados Continuados Integrados, (ECCI).

Da equipe nuclear da UCC fazem parte treze enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, uma higienista oral, e um técnico de radiologia. Constitui-se como uma unidade funcional, que trabalha no âmbito comunitário como equipa multiprofissional, em estreita articulação com as demais equipas funcionais do ACES.

De referir que em 2014 encontravam-se inscritos no Centro de Saúde vinte e duas mil e catorze pessoas, das quais seis mil duzentas e quarenta se encontravam em lista de espera para médico de família, o que corresponde a 21,2% dos inscritos.

A UCC desenvolve vários programas de intervenção e de promoção da saúde, como sejam: Nascer em Saúde, Intervenção precoce, Saúde escolar, Dar vida aos anos; e ainda, Viver com Estilo e Um Envelhecimento Ativo é no âmbito deste último que se insere projeto: “Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico”.

“Viver com Estilo e Um Envelhecimento Ativo”, estão enquadrados nos programas nacionais de prevenção e controlo da diabetes, prevenção e controlo das doenças cardiovasculares e de intervenção integrada sobre determinantes da saúde, relacionados com estilos de vida.

Este programa impõe à UCC um grande investimento na atuação preventiva, seja primária, secundária e terciária, com o intuito de promover uma vida adulta produtiva e um envelhecimento o mais ativo possível. Destaca-se a educação para a saúde enquanto estratégia que visa contribuir para que mulheres e homens sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado, e/ou capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma, através de um conjunto de atividades próprias, como forma de combater a diabetes e as doenças cardiovasculares. Neste contexto, a UCC estabelece um trabalho de parceria e articulação com a Câmara de Almeirim, ao serviço da Promoção de Estilos de Vida favoráveis à Saúde e sua Promoção. É nele que nos inserimos para elaborar e implementar o projeto de intervenção (Anexo I)

2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM

Ao conceber o projeto houve necessidade de clarificar e apresentar os conceitos e aspetos teóricos mais relevantes, para posteriormente delinear as estratégias a implementar nos contextos a intervir.

2.1- SER ENFERMEIRO NA COMUNIDADE

As competências dos enfermeiros com a especialidade em enfermagem comunitária estão bem definidas. Delas fazem parte a elaboração dos diagnósticos e o desenvolvimento de projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010 a). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, um diagnóstico de enfermagem é uma forma de os enfermeiros rotularem as suas tomadas de decisão acerca dos utentes, após a sua avaliação (CIPE, 2009).

Para implementação do projeto o modelo teórico de enfermagem escolhido foi o modelo de sistemas de Betty Neuman, por ser um modelo que se adequa ao contexto comunitário, fundamentando as intervenções de enfermagem efetuadas e a efetuar.

Neste modelo teórico de enfermagem o cliente é considerado um sistema aberto, que tanto pode ser uma pessoa, um grupo, uma família ou uma comunidade. Como sistema aberto o cliente está em permanente relacionamento com o ambiente, influencia-o e é influenciado por ele. O modelo permite ser utilizado no contexto comunitário na apreciação da comunidade como cliente e tem dois componentes: o stress e a reação ao stress. Os stressores são a base dos diagnósticos de enfermagem, são estímulos que produzem tensões e têm a capacidade de causar instabilidade, podem encontrar-se dentro ou fora do sistema.

O modelo é ilustrado como uma forma de círculos concêntricos: o seu núcleo é formado pelas pessoas, - neste caso o grupo alvo - ao seu redor encontramos as linhas de resistência e as linhas de defesa; as linhas de resistência, círculo mais próximo do núcleo, são os mecanismos internos - um exemplo é o sistema imunitário - agem em defesa dos stressores e representam as forças da comunidade. As linhas de defesa, que podem ser normal e ou flexível, correspondem aos círculos mais externos relativamente ao núcleo; representam o nível de saúde que a pessoa / comunidade alcança ao longo do tempo.

No modelo de enfermagem de Betty Neuman a enfermagem também pode ser considerada um sistema e deve ajudar cada pessoa a viver melhor, planeando intervenções para o fortalecimento das linhas de resistência através de níveis de prevenção primária, secundária ou terciária (Tomey & Alligood, 2004). Segundo o modelo há que estruturar e sistematizar bem os cuidados, porque o que estes significam para quem os presta e para quem é alvo desses cuidados ultrapassa as

fronteiras da estrutura organizacional a que a enfermagem pertence. No entanto metodizar os cuidados poderá ser ainda algo novo para muitas realidades nos serviços de saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a), no seu Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária, no artigo 4º refere na alínea a): *estabelece com base metodológica do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*. Na sua alínea b), refere: *contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*. Na alínea c), define que *o enfermeiro integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário (...) e em que a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde*.

Como enfermeira especialista em enfermagem comunitária há que ter competência para discernir e decidir quais são as estratégias mais adequadas a implementar para conservar e melhorar a saúde e o bem-estar ao longo de todas as etapas da vida; devendo desenvolver programas de promoção da saúde, planejar intervenções tendo por base postulados, valores e elementos. Os postulados constituem o “como”, os valores o “porquê”, e os elementos o “quê”.

Ao serem consideradas todas as competências de enfermeira especialista assinaladas pela Ordem dos Enfermeiros e não descurando o conjunto de competências comuns, foi decidido que em 2016 se daria continuidade ao projeto implementado em 2014, por este manter toda a sua pertinência e atualidade.

2.2 - ENVELHECIMENTO ATIVO

Envelhecer faz parte da vida de todo o ser humano, é um processo inevitável aos seres vivos. Este facto, socialmente está a ter uma importância muito significativa, já que, se a sociedade está a envelhecer, é fundamental que este processo não seja tão-somente um problema. Com um envelhecimento ativo pretende-se que este seja uma forma de se tirar o melhor partido das oportunidades de saúde, de se participar na sociedade e na segurança e ainda de melhorar a qualidade de vida, à medida que se vai envelhecendo (WHO, 2002).

O fenómeno do envelhecimento demográfico é relativamente novo; só no século passado se começou a falar do envelhecimento das populações, como resultado da evolução demográfica caracterizado por um paradigma de fecundidade e mortalidade baixas, originando o estreitamento da base da pirâmide - idades mais jovens - com um alargamento do seu topo, nas idades mais avançadas.

A World Health Organization (2002) definiu como meta para a primeira década do século XXI, o envelhecimento ativo aplicável a todos os indivíduos e populações, para promover o envelhecimento como experiência positiva, potenciando o bem-estar físico social e mental ao longo da vida. Daí que, o desafio no combate às doenças crónicas colocado à Europa e no nosso caso particular a Portugal, ultrapasse largamente o sector da saúde, porque muitos dos determinantes da saúde se encontram fora do campo de ação de atuação direta dos sistemas de saúde, tornando-se fundamental a existência de estratégias transversais a toda a sociedade.

Para responder a este desafio existem pressupostos a considerar que poderão fazer a diferença e contribuir para o sucesso das estratégias a implementar. A existência e a prática de atividades sociais e lúdicas na comunidade proporcionam nos idosos que se encontram isolados um aumento da sua atividade cognitiva, apesar das limitações funcionais que possam existir (Greaves & Farbus 2006).

A Direção Geral de Saúde (2004a) refere que o envelhecimento constitui um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

O aumento exponencial de idosos nas populações europeias e mesmo mundial, apresenta grandes desafios à saúde. Quando antevemos que uma pequena parte da população terá que suportar todos os custos da saúde, assistência social e reformas, mesmo assim, esses desafios não podem ser considerados insuperáveis; hoje e no contexto nacional já se antevê a manutenção da atividade profissional até uma fase tardia.

Ao estudarem a relação entre o estado de saúde, capacidade funcional e o envelhecimento bem-sucedido, Fone & Lundgren-Lindquist (2003) demonstraram que, nos idosos, o papel das atividades ocupacionais é particularmente importante para que o envelhecimento seja bem-sucedido, independentemente das limitações impostas por este processo.

Mas a independência da pessoa idosa diz respeito também à manutenção da capacidade de tomada de decisão, por si próprio e pela sua vida, tendo em consideração o seu estilo de vida e a necessidade de cuidados. Esta capacidade de autonomia está associada a um envelhecimento saudável (Schulz & Heckhausen, 2011). Devendo promover boas condições de saúde ao longo de toda a vida, de modo a que os anos adicionais de vida sejam vividos de facto com saúde, há que minimizar a gravidade das doenças crónicas, por meio de deteção e de atendimento precoces, mas sobretudo melhorar a eficácia dos sistemas de saúde, aumentando a sua capacidade para lidar com as necessidades dos idosos atempadamente e transformando-os numa força socialmente produtiva; são medidas que devem ser ponderadas a ser tomadas (PNS-2004-2010).

Só recentemente a investigação científica gerontológica aprofundou estudos tendo em conta a auto percepção dos idosos sobre o envelhecimento saudável. Destas investigações destacam-se, como elementos de referência, o facto de os idosos terem como conceito de envelhecimento saudável a existência de recursos físicos, mentais e financeiros, para poderem gerir o seu dia-a-dia com significado e o de se considerarem como seres humanos saudáveis e com vitalidade, apesar da existência de doenças crónicas (Schneider & Irigary, 2008).

A saúde e o bem-estar podem ser modificáveis e potenciados, com ganhos substanciais em saúde, através do investimento na promoção da saúde e condição física ao longo da vida, em que os determinantes da participação em atividades físicas nos idosos são diversos, abrangendo todas as dimensões (Zalewski, 2007).

A Assembleia Geral das Nações Unidas reconhece que, o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde e dos sistemas de prestação de cuidados de saúde é vital para alcançar os objetivos de desenvolvimento do milénio (DGS, 2008). O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida e é para se viver de forma saudável e autónoma, o mais tempo

possível; terá, pois que existir uma ação direcionada para mudanças, que se querem significativas, no que se refere a comportamentos e atitudes da população (PNS, 2012 - 2016).

2.3 - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

A adesão pode ser definida como a medida em que o comportamento do cliente é coincidente com as recomendações do prestador de cuidados (CIPE, 2009).

Os estudos mostram que a não adesão ocorre em pessoas de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos, é uma realidade transversal a todos os processos de doença, sintomáticos, não sintomáticos e até mesmo gravemente doentes. A World Health Organization (2003) refere que as baixas taxas de adesão à terapêutica era um dos grandes problemas de saúde no mundo, face à elevada prevalência de doenças crónicas. O Internacional Council of Nurses (ICN) considera a gestão do regime terapêutico uma área da prática de enfermagem, podendo considerar-se a não adesão como um comportamento com características específicas.

O cumprir um plano de tratamento da própria doença e prevenir as suas complicações, também passa por desenvolver atividades que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, sendo consideradas como terapêuticas de tratamento ou prevenção da doença (ICN 2002).

A questão da adesão é tida como multifatorial e muito complexa e diz respeito sobretudo a alterações de comportamentos, que vão para além da toma da medicação prescrita: o marcar de consultas e comparecer às mesmas, e o fazer mudanças no estilo de vida, onde se inclui a dieta e o exercício, através de uma participação ativa na tomada de decisão para a autogestão da doença e suas complicações, aumentando o “empowerment”.

Cabe-nos, como enfermeiros especialistas, sermos os profissionais mais presentes e não os de difícil acesso. Há que planear direta e individualmente com as pessoas, famílias e comunidade essa adesão, ajudando-os a integrar os diferentes itens do seu regime e a conquistar também a autonomia necessária, para a gestão correta da sua doença.

O processo de autocuidado com autonomia, associado ao desenvolvimento de “empowerment”, como meio de auto valorização e poder de tomada de decisão, permitem valorizar a necessidade de sensibilizar a população acerca dos fatores de risco, para o desenvolvimento das patologias crónicas, como a hipertensão e diabetes e as complicações a elas associadas (Machado, 2009).

Só sensibilizando para a mudança e prevenindo o desenvolvimento da doença crónica, obteremos mais vida com mais saúde. Os ganhos em saúde necessitam de regimes de tratamento efetivos e de uma adesão efetiva a estes regimes; as consequências da não-adesão são graves tanto a nível individual como social. Há, pois, que investir na promoção da saúde, só assim se diminuem substancialmente os custos económicos e em vidas (PNS, 2012-2016).

No seu relatório acerca da não adesão à terapêutica de longo prazo, a World Health Organization (2003), identificou a não adesão como sendo um “problema mundial de magnitude impressionante”. Nos países desenvolvidos a não adesão ao tratamento nos doentes crónicos é em média de 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento.

2.4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

Atualmente, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais visível, apesar de nas organizações de saúde nem sempre sobressaírem as intervenções planeadas, que de facto são potenciadoras dos verdadeiros ganhos em saúde. A Promoção da saúde propõe-se a elevar o nível de saúde dos indivíduos e ou das comunidades capacitando-as (“to empower”), para que tenham mais controlo sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Teremos de considerar que, o facto de se melhorar a saúde e de se ter maior controlo sobre ela, são dois componentes fundamentais para se atingirem os objetivos da promoção da saúde (Carvalho & Carvalho, 2006).

O empowerment pode então ser entendido como um processo de “dar poder” que, independentemente de ser induzido ou conquistado, permite aos indivíduos ou comunidades aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania. Promover a saúde, criando empowerment nas pessoas, é capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde (OE, 2009). O conceito pode definir-se como uma forma social de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade dos cidadãos em irem ao encontro da satisfação das suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários no sentido de controlarem a sua própria vida (Pereira, *et al.*, 2011).

O empowerment é um processo contínuo e consequência de uma evolução das conceções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos. Sendo uma abordagem que visa a delegação nos indivíduos do poder de decisão, autonomia e participação, exigindo destes alterações de atitudes e comportamentos. O processo implica mudanças nos que tinham pouco ou nenhum poder e também nos que “detêm” essa autoridade e esse poder (Empowerment Institute, 2012).

De acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e pela natureza dos cuidados que têm que ser prestados, ao adotar-se uma abordagem sistémica nos diferentes níveis de prevenção, atuando-se em complementaridade com outros técnicos, está a ir-se ao encontro dos postulados definidos por Betty Neuman, no seu modelo teórico, segundo o qual consideramos o ambiente das classes de desporto é influenciado pelas pessoas que o constituem, mas também influencia cada pessoa individualmente e o próprio grupo da comunidade.

Nesta perspetiva, ao prestarmos cuidados de enfermagem na comunidade, sendo estes fruto da capacidade individual de cada enfermeiro e do conhecimento por ele adquirido, estamos a proporcionar a cada idoso efetivos ganhos em saúde, respondendo da forma mais adequada às necessidades da comunidade em causa.

A promoção da saúde nas pessoas idosas deve ser, o elemento central no desenvolvimento das políticas de saúde. Manter a saúde no idoso poupa muitos recursos, inclusive económicos, que podem ser utilizados para outras necessidades (Ashraf, 2002).

De entre os cuidados diários com a saúde, que contribuem para um ritmo favorável de envelhecimento, está a alimentação saudável como fator de prevenção. Se não existir mais investimento em prevenção, estima-se que em 2030, o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a diabetes sejam responsáveis por quatro em cada dez mortes entre os adultos dos

países desenvolvidos (Bonita, 2010). A prevenção em larga escala para estas doenças é possível, porque a maior parte das causas são bem conhecidas e coincidentes entre os grupos e comunidades de todos os países; trata-se de um pequeno número de fatores de risco facilmente modificáveis, que fará a diferença quando falamos de novos casos. Intervenções baseadas na evidência e estimativas de custo-benefício encontram-se disponíveis e são facilmente aplicáveis, obtendo-se com elas ganhos primordiais em saúde (Bonita, 2010).

Para que se consiga ter uma adesão adequada, por parte da pessoa portadora de uma doença crónica, importa não descurar que, na gestão da doença estão envolvidos vários fatores pessoais, comportamentais, sociais e económicos, que se encontram fortemente conjugados com o ambiente em a pessoa vive e onde a epidemiologia também tem um papel a desempenhar.

Em harmonia com o princípio do “empowerment”, os objetivos de uma intervenção conduzida pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, como promotor da saúde do idoso, tem que considerar sobretudo a perspetiva daqueles que são os principais interessados na intervenção - os próprios idosos, que devem ser intervenientes ativos, em todas as etapas do planeamento e promoção da sua saúde.

2.5 - MOTIVAÇÃO EM SAÚDE

Para que se atinjam objetivos há um fator que tem que estar sempre presente: a motivação. Mas o que motiva as pessoas e o que é estar motivado?

Referindo Neves e Ferreira (2011), relativamente às teorias de conteúdo, os indivíduos possuem necessidades interiores, essas necessidades são uma fonte de energia para adotar um determinado comportamento, que induz à ação, com uma mudança de comportamentos a título individual.

Na comunidade alvo da intervenção, como em todos os grupos populacionais, a alimentação é assumida como uma atividade de grande significado social e fundamental para a saúde, independência, qualidade de vida, felicidade e bem-estar. Nesta comunidade as tradições culturais, baixo índice de escolaridade e o pouco acesso à informação, são fatores que de alguma forma podem influenciar negativamente a motivação para a mudança dos hábitos alimentares. Há que considerar ainda que, as pessoas diferem entre si não só no que as motiva, mas também que mesmo as motivações individuais se alteram ao longo do tempo e, nem sempre correspondem às verdadeiras necessidades (Neves & Ferreira, 2011).

Então a maior longevidade torna imperioso que se desenvolvam e implementem programas de informação e educação nutricional da população mais idosa, adequando-os à sua condição; este processo deve incluir as informações que lhes sejam mais significativas, para que a informação seja apreendida e aceite, sabendo que o conhecimento dos factos e o que eles representam para a saúde individual e social de cada um pode ser o elo de ligação para que a motivação, além de existir individualmente, seja extensível a todos com quem socialmente se encontram envolvidos.

O conhecimento é um elemento essencial para o desenvolvimento do ser humano e, existindo necessidade de mudança de hábitos enraizados, a motivação é parte integrante deste

processo. Os profissionais de saúde e em particular os enfermeiros, não podem esquecer o papel do relacionamento em todo este processo de mudança e a forma como este pode ser determinante para motivar para a mudança. Atendendo à complexidade do que se pretende há que ter a capacidade de considerar o indivíduo e a comunidade, a singularidade e a pluralidade, num mesmo tempo e no seu contexto (Maldonado & Canella, 2009).

Para que se consiga dar uma resposta adequada às necessidades da pessoa portadora de uma doença crónica, importa ter em conta não só as características da patologia, mas também o ambiente, conjunto de fatores anteriormente referenciados como, pessoais, comportamentais, sociais e económicos, que segundo Betty Newman têm o poder de exercer influência positiva ou negativa.

2.6 – A DOENÇA CRÓNICA E O DESPORTO

A doença crónica pode ser definida como sendo um fenómeno objetivo, evidenciado pela alteração que provoca no funcionamento do organismo biológico. A doença designa-se crónica sempre que tem uma evolução gradual dos sintomas e que potencialmente pode ser incapacitante, implicando gravidade pelas suas potenciais limitações, possibilidades de tratamento médico, aceitação pelo doente e ainda pelo facto de a situação clínica poder afetar o contexto da vida familiar, escolar e ou laboral (OE, 2010c).

A condição de cronicidade pode ser considerada como uma experiência de vida que envolve permanência e desvio ao normal; pode ser causada por doenças que conduzem a perdas e disfunções, pode ainda incluir constância na alteração no quotidiano da pessoa, em que essa constância pode ser causa de stress, devido a alterações da imagem corporal, necessidade de adequação social e psicológica, além de mudança na expectativa de vida (Freitas, 2007).

Hipertensão e diabetes são doenças crónicas com etiologia conhecida, a sua incidência tem crescido rapidamente em todo o mundo, impondo uma intervenção eficaz e um desafio para a saúde pública, exigindo o uso de terapêuticas de forma efetiva, segura e controlada. No entanto assiste-se a grandes dificuldades na adesão à terapêutica, o que constitui hoje um dos grandes problemas de saúde no mundo (WHO, 2003).

Há que considerar que a prevenção primária e o controle são as melhores estratégias para a prevenção destas modernas epidemias. Ainda neste contexto a WHO (2008), no seu relatório Mundial de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários refere que, agora mais do que nunca, é importante continuar a investir nas estratégias dos cuidados, e faz referência a Portugal como um bom exemplo a seguir, pelos sucessos alcançados na melhoria da saúde das populações.

Em Portugal, a par da necessidade de uma atenção efetiva e eficiente às doenças crónicas, há a necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, neste momento bastante fragmentados, muito vocacionados para responder à doença em fase aguda e aos problemas relacionados com a saúde em situação de tratar, e não de a promover. Esta reorientação deve utilizar estratégias para melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados de enfermagem que se

prestam, conseguindo que o acesso seja universal, existindo sempre que necessário serviços especializados.

Situações de doenças crónicas são responsáveis por 60% de todos os episódios de doenças no mundo (WHO, 2004b); as doenças crónicas que mais vezes levam os idosos ao hospital são, a hipertensão (doença cardiovascular) e a diabetes mellitus, também com elevada incidência, afetando mais que uma pessoa em cada cinco, comprometendo na globalidade o seu estado funcional (Sakharova & Inzucchi, 2005).

O surgir de uma doença crónica tem potencial para alterar o quotidiano dos indivíduos, ao interferir com a sua motivação para atividades anteriormente valorizadas e de grande interesse. Daí que o cuidado integral à pessoa portadora de uma patologia crónica deva compreender aspetos psicossociais e culturais. Nesse sentido, toda a capacidade que tivermos como enfermeiros especialistas para diagnosticar e fornecer informação oportuna e ajustada às necessidades sentidas, serão oportunidades de educação para a saúde, que poderão proporcionar melhor qualidade de vida à pessoa portadora da doença crónica.

A DGS (2004c) menciona a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental - o de obter ganhos em saúde, nomeadamente em anos de vida com independência. Algumas das melhores estratégias de prevenção, da hipertensão e diabetes mellitus, parecem ser, pelo menos parcialmente, a adoção de uma alimentação equilibrada e a prática regular de exercício físico, já que é no equilíbrio que reside o benefício da alimentação (Afonso *et al.*, 2014).

No processo de educação é fundamental informar, motivar e fortalecer, capacitando a pessoa e toda a comunidade para conviver com a condição crónica. Assim, em cada consulta de enfermagem, deve ser reforçada o risco para a saúde, sempre que os cuidados não sejam mantidos. A não adesão à terapêutica tem custos individuais e coletivos que não podem ser negligenciados. O conhecimento relacionado com as patologias e a compreensão da informação, por parte do utente, deve ser a mais ajustada possível. O abandono da terapêutica não é o único problema com que o sistema de saúde se depara, também o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, fazem parte do problema (WHO, 2003).

A alimentação é uma componente fundamental da adesão ao regime terapêutico, à qual tem que ser dada uma particular atenção, sendo que, segundo a DGS (2015) a forma mais correta de avaliar o regime alimentar de uma população é através da recolha direta e individual de informação, sobre os seus hábitos e rotinas de consumos. Todavia, o último Inquérito Alimentar Nacional (IAN), com recolha direta, data de 1980.

Nos idosos uma alimentação desequilibrada pode traduzir-se em diminuição da imunidade, com aumento da propensão para a diabetes e a hipertensão, intimamente ligadas à obesidade; daí que os indicadores de suscetibilidade para as doenças em causa, seja tão elevado no grupo alvo do projeto de intervenção.

Segundo dados da UCC e relativamente à classe e Desporto da Câmara Municipal de Almeirim, 73% das pessoas são consideradas obesas pelo seu índice de massa corporal (IMC), 50% apresentam parâmetros de tensão arterial considerados de hipertensão, e 27% têm índices de

glicémia elevados. É então muito importante que se adquiram hábitos alimentares mais adequados, com a convicção de que serão obtidos ganhos significativos na saúde individual e na qualidade de vida futura.

Nos mais idosos e pela sua vulnerabilidade em diferentes dimensões, as doenças crónicas são particularmente relevantes, tornando-se essencial ter um cuidado suplementar na gestão e promoção da adesão aos regimes terapêuticos, nomeadamente no que se refere à alimentação, conseguindo-se por vezes com apenas este cuidado, uma diminuição na toma de medicação. Para que os processos educativos a desenvolver tenham o sucesso desejado é necessário conhecer os interesses do grupo, por forma a implementar estratégias ajustadas, ao seu grau cognitivo, habilitações literárias, limitações económicas e disponibilidade.

Educar para desmistificar, consiste num princípio que muitos estudos demonstram: a educação é considerada a base para a construção do autocuidado consciente, a prevenção de complicações e subseqüentemente a melhoria da qualidade de vida. Os doentes crónicos têm que ser vistos na comunidade onde estão inseridos e por toda a sociedade, como atores sociais ativos, autónomos e num processo permanente de autorregulação (Figueiras, 2008).

O desafio no combate às doenças crónicas colocado à Europa, e no nosso caso particular a Portugal, ultrapassa largamente o setor da saúde, já que muitos dos determinantes da saúde se encontram fora do âmbito de atuação direta dos sistemas de saúde; daí serem necessárias estratégias transversais a toda a sociedade, já que é no meio social envolvente que se encontram os fatores facilitadores ou constrangedores para o tratamento e reabilitação das pessoas.

No caso da classe de desporto, a Câmara Municipal de Almeirim posiciona-se como uma linha de defesa segundo o modelo de Betty Neuman, que inspirada no Desporto para Todos e na Promoção da Qualidade de Vida, proporciona de forma gratuita aos Municípios idosos de todas as freguesias do concelho, a prática de atividade física regular e orientada, sensibilizando-os para os efeitos benéficos de um estilo de vida ativo a todos os níveis, organizando e oferecendo experiências lúdicas, desportivas e de rastreios, em parceria com a UCC. Tudo isto diz muito da sua filosofia assertiva “Queremos idosos jovens, positivos e saudáveis”.

Os idosos formam um grupo de alunos bastante heterogéneo, muito em função das carreiras profissionais e do seu local de residência, mas o facto de serem maioritariamente aposentados faz com que disponham de tempo para a prática do desporto, maximizando a sua saúde e autonomia, apesar de alguns serem portadores de doença crónica.

2.7 – A SAÚDE E O DESPORTO

Tornou-se quase uma banalidade afirmar que o mundo evolui rapidamente exigindo aos seres humanos um esforço de adaptação constante. Então os profissionais de saúde e especialmente os enfermeiros, devem ter um objetivo comum: conservar e melhorar a saúde e o bem-estar ao longo de todas as etapas da vida, nas comunidades que lhe estão confiadas.

Pelo exposto anteriormente será de prever que, as políticas que permitam desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos que promovam a sua autonomia e independência,

permitam também minimizar custos, evitando a dependência, fortalecendo os níveis de saúde, porque atuam no sentido da prevenção da doença. As características da comunidade e do seu ambiente e social, muitas vezes ditam as políticas a adotar pois, como refere Betty Neuman (1995) no seu modelo sistémico, o ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a comunidade, isto é, todas as condições, circunstâncias ou influências, que rodeiam ou afetam o desenvolvimento das pessoas dessa comunidade, e no caso, o acesso á prática de desporto proporcionado pela Câmara Municipal, será uma política promotora da saúde desta comunidade, atuando como linha flexível de defesa.

A relação entre comunidade e ambiente é recíproca: o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, em complementaridade com os outros profissionais, deve desenvolver uma abordagem sistémica aos diferentes níveis de prevenção nessa comunidade, participando na sua apreciação, identificando e diagnosticando problemas capazes de serem resolvidos, através de uma intervenção direta, no caso a educação para a saúde, de modo a promover a autonomia e o poder de decisão informada das populações, trabalhando como linha flexível de defesa, segundo o modelo sistémico de Betty Neuman.

Por esta razão propusemos-mos implementar o projeto de intervenção na área da promoção para a saúde, pois de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, este deve participar na avaliação e tomadas de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, com vista à capacitação, autonomia e “empowerment” das comunidades em causa.

Ao analisarmos o diagnóstico efetuado pela equipe da UCC de Almeirim na área do desporto sénior, aquando do início do estágio, “A incidência de hipertensão e glicémias elevadas na Classe de desporto sénior da Câmara Municipal de Almeirim”, percebeu-se que havia necessidade de intervir. Para tal foi necessário assegurar todo um conjunto de procedimentos formais inerentes, de entre eles o consentimento informado (Anexo II).

Começou-se por conhecer a população alvo, para o que se realizaram várias reuniões com o enfermeiro responsável da UCC, e uma entrevista ao responsável pelas classes de desporto da Câmara Municipal de Almeirim. Sendo este também o seu professor, considerou-se que era o que melhor poderia dar resposta às necessidades de informação, como informante chave.

Nesse sentido elaborou-se um guião de entrevista com o objetivo de melhor conhecer as características sociodemográficas e de saúde dos idosos das classes.

Optou-se por este processo porque, a entrevista sendo um dos muitos processos de comunicação humana para a enfermagem comunitária, representa um instrumento essencial à recolha de informação acerca da comunidade e mais especificamente acerca da população em estudo. Como nos refere Stanhope & Lancaster (2011), a entrevista a informantes chave é uma boa forma de produzir informação sobre as normas e valores e processos de resolução de problemas na comunidade, para que posteriormente se estabeleça um plano de cuidados de enfermagem.

Optou-se por uma entrevista não estruturada, pois segundo (Fortin, 2009) numa entrevista não estruturada a formulação e a sequência das questões não são pré-determinadas e sim colocadas à livre disposição do entrevistador, permitindo colher um maior leque de informação.

Nesta entrevista esteve também presente o enfermeiro coordenador da UCC, uma mais-valia, assim se considerou, porque ao intervir esclareceu alguns pontos de conteúdo específico, devido ao seu conhecimento da população em causa. A entrevista, pela sua riqueza e importância, na implementação do projeto, justificou que nos debruçássemos detalhadamente sobre ela, havendo pontos a reter, que não poderiam ser descurados, na preparação das sessões de educação para a saúde.

A entrevista foi transcrita na Integra e posteriormente analisada segundo o modelo de enfermagem de Betty Neuman, está apresentada no Quadro nº 1, pretende-se com esta análise, mostrar a necessidade de intervir de forma ajustada à comunidade.

Quadro nº1 - Análise da entrevista segundo o Modelo de Betty Neuman

ELEMENTOS DO MODELO	EXCERTOS DA ENTREVISTA
<p>Linhas flexível de defesa: Limite mais externo e a resposta inicial contra os stressores.</p>	<p>Praticam desporto sempre que podem (...) Chegam cedo por vezes 30 minutos antes da hora (...) o trabalho sazonal na agricultura (...) nesta época ninguém está doente a maior parte trabalha...mantêm-se ativos (...). dizem que comem bastantes legumes. A perda de peso (...) já deu origem as suspender medicações com indicação médica (...) Arrastam os vizinhos com eles para a prática de atividade física (...) muito motivados (...) conseguem fazer coisas que anteriormente não faziam</p>
<p>Linha normal de defesa: Nível de saúde da comunidade.</p>	<p>A Câmara proporciona 3 a 4 dias de desporto a todos de forma gratuita. (...) durante o ano há sempre formações (...) a UCC em parceria com a Câmara efetua avaliações do estado de saúde, no início de cada ano escolar (...) tem iniciativas em atividades sociais de caráter desportivo (...) fora da época escolar mantem alguma atividade (...). Zona do País com agricultura rica (...) que facilita a diversidade de legumes e frutas</p>
<p>Stressores: Produtores de tensão com potencial para causarem desequilíbrio.</p>	<p>(...) Idade acima dos 55 anos (...) a inexistência de médicos de família para toda a população (...) maioria são reformados (...) as povoações mais rurais não têm transportes suficientes (...) nota-se no trato a falta de literacia (...) a maioria faz apenas 3 refeições diárias (...) comem muito (...)</p>
<p>Grau de reação: Desequilíbrio que resulta do impacto.</p>	<p>(...) os níveis de obesidade são evidentes pelas percentagens obtidas (...) dai a quantidade de "elementos". (...) medicação é igual a resolução... e claro que não é isso que se verifica...muitos verbalizam sou hipertenso? Não sabia (...) eles até sabem (...) mas não ligam (...) é o voltar a ser criança (...) Ignoram os sinais que o corpo lhes dá (...)</p>

As classes têm maioritariamente um rosto feminino e o responsável pelo desporto a nível Camarário, também seu professor, ao desenvolver atividades de aula com as classes, permite-lhe ter uma relação de proximidade e até amizade, com os idosos que as compõem.

Do que foi proferido na entrevista destacamos:

(...) as pessoas do sexo masculino nesta região e em particular nesta idade são mais difíceis de mobilizar para estes programas, eles menosprezam a atividade numa atitude de (...) isso não é para mim. (...) é preocupação da Câmara ter idosos ativos, e por esse motivo proporciona gratuitamente a todos os interessados, que preencham os requisitos, a possibilidade da prática de desporto 3 a 4 vezes por semana (...) graças a esta prática, já se conseguiram reduzir valores tensionais, para valores mais aceitáveis, e até suspender medicação (...) Tudo isto tem muitos custos para a Câmara, mas continua a ser uma área desenvolvida e relevante para o município, (...) fazemos tudo em prole da comunidade, para que eles consigam ter uma vida ativa

(...) o maior problema é a alimentação porque existem tradições culturais alimentares muito marcadas. É difícil “mudar mentalidades” as pessoas ao pensarem que estão bem informados, “não valorizam a maior parte das vezes os valores analíticos que têm, só quando apanham um susto é que se apercebem das consequências, pois comer enchidos nesta comunidade é como as crianças comerem gomas, ou seja, um deleite (...). Há necessidade que seja “alguém credenciado” que se disponha a informa-los, tem que haver uma consciencialização da sua realidade (...) a informação tem que chegar até eles de forma mais efetiva e consistente.

Parece, pois, ser aqui que o enfermeiro especialista de enfermagem comunitária tem que assumir o lugar desse “alguém credenciado”, desempenhando o papel de educador nestes projetos. Como especialista possui competências nas áreas da elaboração de diagnósticos de enfermagem comunitários e na implementação de projetos, utilizando as estratégias mais adequadas, para a resolução dos problemas, através de uma intervenção direta e objetiva.

Nesta comunidade o convívio com amigos é sempre sinónimo de petisco, sem esquecer que Almeirim é uma zona onde “comer bem” significa “comer excessivamente” e sobretudo alimentos considerados proibidos. Não será de todo difícil antever que o contexto por si só justifica os diagnósticos relativamente aos resultados obtidos, incidência de hipertensão e diabetes. Reconhecendo os diagnósticos de saúde efetuados, optou-se por intervir na área da promoção da saúde, com sessões de educação para a saúde.

Para incrementar a adesão das pessoas ao projeto, foi fundamental promover estratégias de motivação, atender a todos os seus condicionalismos e assim incutir a adesão progressiva a hábitos de vida saudáveis, com mudanças comportamentais, sem, contudo, excluir as raízes culturais. Consideramos que mesmo respeitando os valores e as crenças das pessoas, se as envolvermos em iniciativas de partilha e aquisição de novos conhecimentos, será possível haver mudanças num futuro próximo

3 – METODOLOGIA

O planeamento em saúde foi a metodologia adotada, por ser uma metodologia estratégica, que permite intervir no contexto e na causa do problema, adequando as estratégias à comunidade alvo, visando o seu empoderamento e capacitação.

Para uma melhor elaboração, execução e avaliação do plano houve necessidade de fazer uma revisão sistemática da literatura, só assim teremos uma prática baseada na evidência fundamentando as intervenções de enfermagem com a sua singularidade.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que o condicionam; biológicos, endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes, 1993). Deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (corresponde à elaboração do diagnóstico da situação, com a definição de prioridades, pela definição de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação, o plano das sessões está disponível no (Anexo III).

Na primeira fase há que fazer o diagnóstico o mais exato possível, este deve identificar os principais problemas de saúde da comunidade a intervir e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas (Imperatori & Giraldes, 1993). O diagnóstico irá orientar em grande parte, a seleção das prioridades, este atua como a fundamentação das atividades e como padrão de referência para a avaliação; é o ponto a partir do qual será medido o progresso alcançado com as nossas atividades (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta fase, de diagnóstico de situação, ocorre também com a primeira sessão de educação para a saúde, onde foram transmitidos aos grupos que constituem a comunidade a intervir, os resultados dos rastreios efetuados pela UCC e onde os grupos deram a conhecer as suas necessidades formativas.

3.1 – PRIMEIRA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Assegurados que foram todos os procedimentos formais, a 29 de abril de 2014 iniciaram-se as primeiras sessões de educação para a saúde, um total de 9, distribuídas pelas 7 localidades: Almeirim, Tapada, Fazendas de Almeirim, Benfica do Ribatejo, Marianos, Paço dos Negros e Raposa.

Para a primeira sessão considerou-se fundamental transmitir os resultados dos rastreios, efetuados pela UCC de Almeirim no decurso do ano letivo anterior, que estão na origem do diagnóstico de enfermagem. Pretendeu-se também validar o diagnóstico, “Défice de conhecimento nas áreas da alimentação e medicação e informação imprecisa em relação à gestão da doença crónica”.

Apesar de nem todas as pessoas que fizeram parte do diagnóstico, frequentarem com a mesma assiduidade as aulas, consideramos que o nosso sistema cliente era composto pelas duzentas e vinte e oito pessoas, como comunidade que interage e perante a qual teríamos que manter a estabilidade, proporcionar confiança nela própria, para poder superar a situação de crise com os seus próprios recursos. Como enfermeiros de enfermagem comunitária teremos que assumir que, a nossa identidade profissional pode fortalecer-se se tivermos a capacidade de transformar o conhecimento científico de enfermagem, no conhecimento de todos os dias, (Amendoeira, 2006).

O que foi referenciado na entrevista “alguém credenciado”, teria que ser assumido logo numa primeira sessão, ao nos propormos desempenhar o papel de “formadores” neste projeto de intervenção. Recorde-se que, esta é uma zona do país com uma gastronomia regional muito variada e condimentada, uma agricultura centrada no vinho e melão e em que, os trabalhos agrícolas exigem fisicamente uma alimentação adequada ao esforço. No entanto, as opções alimentares que são efetuadas nem sempre são as mais adequadas; este facto será um stressor, segundo o modelo sistémico de Betty Neuman, por produzir tensão com potencial para causar desequilíbrio.

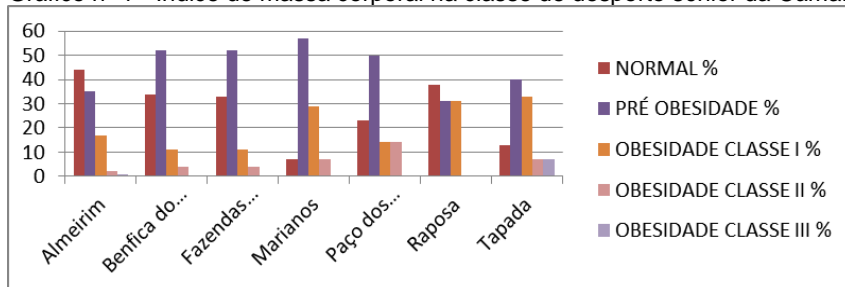
Os dados dos rastreios demonstram que 73% de pessoas são consideradas obesas, atendendo ao IMC (Gráfico nº 1), este valor diz muito da realidade local, e do que nos foi transmitido na entrevista:(...) a alimentação é um problema tremendo, (...) temos que passar por consciencializar as pessoas, (...) convívio é igual a petisco (...).

A obesidade é hoje um flagelo a nível mundial e, sobejamente referida como uma causa *major* das patologias crónicas que temos vindo a referir.

Relativamente ao parâmetro da tensão arterial (Gráfico nº 2), verifica-se que 50% dos rastreados tem parâmetros tensionais considerados de hipertensão, também aqui temos o reflexo dos excessos da alimentação tipicamente regional: “sopa da pedra”, em que os ingredientes (enchidos) e os condimentos na sua confeção contribuem de forma decisiva para os parâmetros rastreados. No que se relaciona com a glicémia Gráfico nº 3, os valores mostram que 27% das pessoas têm valores de glicemia considerados elevados. Consideramos que o facto se deverá também aos excessos de doces regionais e à fruta com alto teor de açúcar, que é produzida na região.

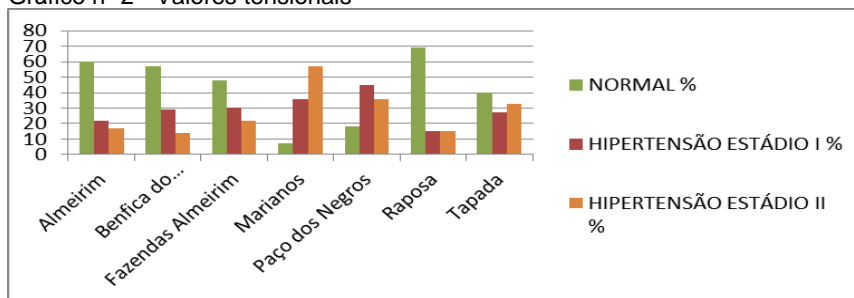
As elevadas percentagens de pessoas com, parâmetros tensionais considerados de hipertensão e glicemia elevada, traduzem o seu grau de reação, desequilíbrio que resulta do impacto, o padrão de alimentação da comunidade, repercute-se com um conjunto de parâmetros alterados, segundo o modelo de Betty Neuman.

Gráfico nº 1 - Índice de massa corporal na classe de desporto sénior da Câmara de Almeirim



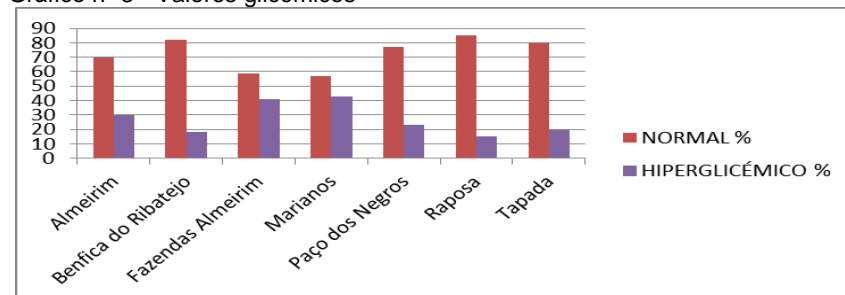
Fonte: UCC de Almeirim

Gráfico nº 2 - Valores tensioniais



Fonte: UCC de Almeirim

Gráfico nº 3 - Valores glicémicos



Fonte: UCC de Almeirim

A Primeira Sessão decorreu na localidade de Paço dos Negros e foi replicada em nove contextos. A sessão foi precedida por uma explicação efetuada pelo professor da classe, justificando qual o âmbito da nossa presença na aula e a atividade a desenvolver. O grupo era composto por oito pessoas e depois da surpresa inicial o à-vontade surgiu.

No final de cada sessão foi solicitado aos idosos da aula o preenchimento de uma ficha com caráter anónimo, com a finalidade de percebermos quais eram as áreas de formação ou informação que sentiam mais necessidade. Há que conhecê-las, respeitá-las e que lhes dar resposta, só assim estaremos a ir ao encontro dos objetivos do projeto, utilizando a metodologia do planeamento em saúde.

No final da sessão, conquistada a confiança do grupo e com uma atitude empática, demos conta que eramos bem-vindos, a comunidade não tinha de todo ideia destes resultados, a realidade era desconhecida. Pós sessão os formandos solicitaram que ficássemos, para poderem “conversar”, onde nos confessaram que se sentem abandonados, no que respeita à saúde e em

especial na sua promoção. Segundo o modelo sistémico de Betty Neuman este facto é um stressor, causa instabilidade no sistema, é de considerar que como enfermeiros de saúde comunitária com a implementação deste projeto temos um significado positivo para esta comunidade, somos uma linha de defesa segundo o modelo sistémico de Betty Neuman.

A acrescentar em relação ao descrito somente que, as situações se repetiram com o agrado pela nossa presença, com a surpresa pelos resultados menos conseguidos, que eram desconhecidos de todos, mas com demonstração de disponibilidade e interesse para novas formações.

Tecidas que estão as reflexões em relação aos resultados dos rastreios, surpreendentemente preocupantes, parece oportuno referir neste momento que, a adesão à primeira sessão formativa agradou, foi notória a recetividade, visível pelo total de participantes, cento e trinta e cinco, consideramos que o interesse demonstrado reside sobretudo na preocupação manifestada face a estes resultados e o que eles significam, revelado pelas várias intervenções durante a sessão, o número de fichas respondidas (91) corresponde a um total de 67,4% do total de participantes. O interesse demonstrado para a aquisição de novos conhecimentos serão linhas de defesa segundo o modelo de Betty Neuman.

Com a primeira sessão de educação para a saúde era fundamental conquistar os grupos e obter o interesse pela temática, para que existisse adesão às próximas sessões. Todo um conjunto de incertezas eram foco de preocupação; o facto de não sermos conhecidos, a possibilidade de não sermos aceites de forma positiva e credível em todos os grupos e, o considerarmos que poderíamos não conseguir passar a mensagem de forma clara e objetiva, situações que ocorrendo em conjunto ou em simultâneo, poderiam contribuir para que a atitude perante a terapêutica e a alimentação permanecesse inalterada, comprometendo fortemente o principal objetivo do projeto.

Mas a recetividade excedeu as expectativas, tornando-se determinante no prosseguir dos objetivos a que nos propusemos, tendo uma conotação muito positiva e mesmo motivadora para as futuras sessões. Apesar da heterogeneidade entre os grupos e dentro dos próprios grupos a nível da sua formação académica, foi possível fazer chegar a mensagem e dar a conhecer a importância que esta tem, o que nos deixou confiantes.

Tal como refere a DGS (2014) se adequarmos os métodos aos contextos e às pessoas os resultados de qualidade surgirão. Esta solução dirigida especificamente a cada comunidade/grupo de pessoas pode ser um caminho passível de se seguir, ao encontro da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Também a OE (2011), no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública refere: perante as novas necessidades em saúde, urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde e gestão do risco, na prevenção da doença.

Três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, tinham já sido estabelecidas pela DGS (2004b) no seu Plano Nacional de Saúde (2004-2010), através do programa nacional para as pessoas idosas; autonomia e independência, organização e prestação de cuidados

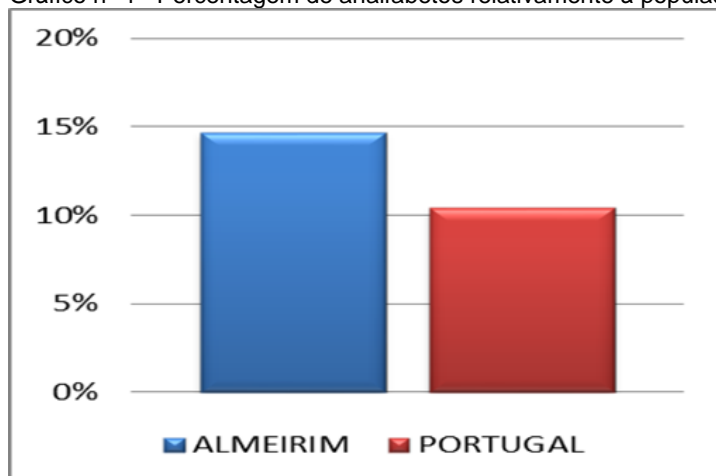
de saúde e a promoção de ambientes facilitadores; hoje tudo permanece atual e, no entanto, carece ainda de implementação.

Teremos que salientar que, a ideia de que as comunidades não valorizam os resultados, é questionável, aparentemente o que existe é a falta de informação, informação desadequada, ou mesmo desinformação, mas esta situação só ficou esclarecida quando se conheceram as solicitações das temáticas a abordar. Situação que aconteceu a partir de 16 de maio, data em terminamos a primeira sessão de educação para a saúde.

Poderemos inferir, pela receptividade que, a falta de informação é um fator de importância major. O sentirem-se surpreendidos pelos resultados dos rastreios, associado ao facto de tomarem consciência de uma realidade que lhes diz diretamente respeito, faz parte de um processo necessário para a motivação à mudança e, uma etapa importante para alcançar a saúde para todos, defendida pela WHO na Carta de Ottawa (1986). A mesma WHO na Declaração de Adelaide (2010), quando se refere à importância da saúde, refere: Populações saudáveis são elementos essenciais, para que os objetivos de qualquer sociedade sejam alcançados. Por outro lado, a redução das desigualdades e do gradiente social traz melhorias à saúde de todos.

Ficou o “e agora”? Quando uma equipe de saúde se compromete com uma comunidade, apropria-se dos seus problemas e necessidades em saúde, é aqui que se pode afirmar que ser enfermeiro de saúde comunitária atinge a sua plenitude, quando se consegue que grupos populacionais com níveis de alfabetização tão díspares - 14,2% da população do concelho - são analfabetos, se envolvam nas temáticas, as percebam, as sintam como suas e fiquem motivados para a mudança.

Gráfico nº 4 - Percentagem de analfabetos relativamente à população nacional



Fonte: Pordata 2011

Uma das vantagens no enfoque populacional para a atenção às doenças crônicas passa também por, facilitar a atenção personalizada, este tipo de atenção facilita a comunicação efetiva entre a equipe bem preparada e o utente motivado; é esta a ambição da equipe de enfermagem, apesar de nem sempre ser fácil.

A própria World Health Organization (2013) refere no seu relatório mundial de saúde, logo no preâmbulo, que, a cobertura universal de saúde é um conceito isolado, poderoso, que pode ser

oferecido pela saúde pública. É nesta universalidade, dentro do contexto, que definimos ambiente segundo o modelo de Betty Neuman - interno enquanto grupo de desporto, e o externo enquanto inseridos na sua comunidade residencial. O ambiente criado será o resultado da interação de cada indivíduo na sua comunidade enquanto vetor de mudança na sua comunidade global.

3.1.1 – Estabelecimento de prioridades

Na metodologia de planeamento em saúde há a responsabilidade de identificar as necessidades os ganhos potenciais e as intervenções prioritárias, capazes de alcançar ganhos em saúde, com os recursos disponíveis (PNAS 2012-2016).

Definir as prioridades faz parte da segunda etapa da primeira fase do Planeamento em Saúde. Quando se efetua a sua definição deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever para a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária dispomos conhecimentos suficientes, para efetuar uma análise das necessidades no que respeita à saúde da comunidade, assim como delinear a forma mais correta de intervir, estabelecendo as prioridades apesar de todas as dificuldades que os serviços e as comunidades enfrentam. Descurar a promoção da saúde nas comunidades, é estrar a contribuir para a má gestão dos recursos económicos disponíveis dessas mesmas comunidades.

As informações e dados obtidos com a ficha, permitiram-nos com segurança priorizar e encontrar as estratégias, para dar continuidade ao plano. Os dados são sempre o produto do trabalho efetuado e, sendo possível traduzi-lo numericamente ou graficamente, é dar-lhe a visibilidade (Anexo IV), Gráficos nº 5 a nº 11.

É de considerar que os dados expressos nos Gráficos demonstram a necessidade do trabalho a desenvolver, sobre a qual todos, a titulo individual, mas sobretudo profissional, temos que ter algo não só a dizer, mas também a fazer. O Gráfico nº 5 ilustra a distribuição por género, 82,2% dos participantes (135), corresponde ao género feminino e o Gráfico nº 6 que expõe o número de respostas obtidas relativamente ao número de participantes 67,4%.

O facto de existir quem não tivesse respondido - o que corresponde uma percentagem de 32,6% - pode estar associado à iliteracia e ou ao facto de viverem sozinhos, sem ninguém para colaborar no preenchimento da ficha.

Da análise dos Gráficos nº 7 e nº 8, percebeu-se que relativamente às temáticas solicitadas, alimentação e terapêutica, a mais solicitada é a alimentação, os conteúdos solicitados reportam-nos para as bases da alimentação, como gerir os alimentos por forma a esta ser saudável? Esta informação foi possível esclarece-la através das conversas informais que existiram, alguns idosos referiram ter alguma dificuldade em descrever estas especificidades na ficha, pelo que optamos por perceber-lo também pelo contacto direto.

Para a questão de ter ou não médico de família, de salientar nos resultados obtidos que das noventa e uma respostas obtidas, vinte e seis correspondem não ter médico de família, o que corresponde a 28,57% das respostas (Gráfico nº 9).

A importância atribuída ao conhecimento dos dados é bastante significativa, das noventa e uma respostas obtidas 85 consideraram importante o seu conhecimento, correspondendo a 93,4%, Gráfico nº 10. Então não será só desinteresse pela saúde individual que as populações demonstram, quando não tem alguns cuidados com a alimentação e medicação. A falta de informação também é um parâmetro a considerar que, associado à dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, se traduz nas elevadas percentagens de obesos, hipertensos e diabéticos.

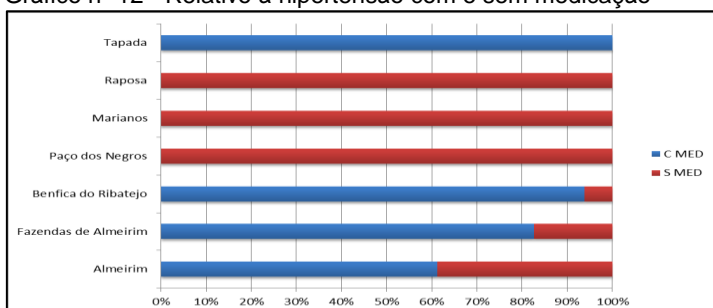
Na entrevista efetuada ao informante chave, é referido que "(...) a maior parte das pessoas deveria ter quatro consultas médicas anuais e só tem uma", devido à falta de médicos.

Para esta comunidade e segundo alguns idosos, as consultas de enfermagem ainda não fazem parte do seu conceito de consulta. No entanto o que está documentado na literatura consultada é que, os enfermeiros qualificados têm um papel fundamental a desempenhar nesta área da educação para a saúde, ao conseguimos fazer-nos entender (Laurant, 2014), situação bem documentada nos resultados obtidos: oitenta e duas pessoas referem que compreenderam a informação transmitida corresponde a 89,1%, tal como está documentado no Gráfico nº 11.

O interesse destas comunidades em fazer parte da solução do problema é manifestado por eles próprios, no final da sessão ao exporem as dúvidas. Um dos dados preocupantes é o que se relaciona com a toma de medicação, na hipertensão e diabetes, por pessoas já anteriormente referenciadas que pela UCC (Gráfico nº 12 e Gráfico nº 13).

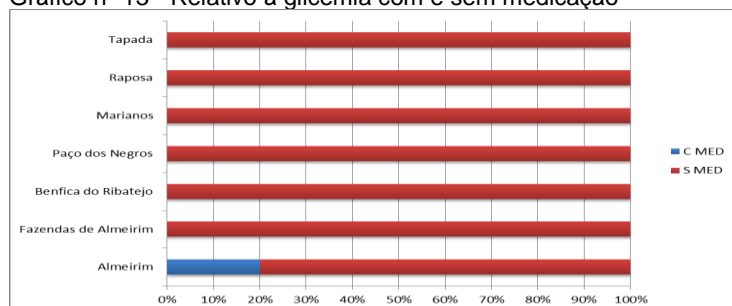
Apesar de estarem referenciados na UCC, como sendo portadores de doença crónica, uma grande percentagem não está medicada, situação justificada pela pouca cobertura clínica em algumas localidades, situação mais grave nos casos da Raposa, Marianos e Paço dos Negros, em especial no que se refere à diabetes. Também teremos que considerar aqui e mais uma vez, a iliteracia da população do concelho e o isolamento a que algumas localidades do concelho estão sujeitas, como um fator predisponente.

Gráfico nº 12 - Relativo à hipertensão com e sem medicação



Fonte UCC de Almeirim

Gráfico nº 13 - Relativo à glicemia com e sem medicação



Fonte UCC de Almeirim

3.1.2 – Fixação de objetivos

A fixação dos objetivos corresponde à terceira etapa do planeamento em saúde. Definidos os diagnósticos de enfermagem e identificadas as suas prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando o seu período de tempo para os atingir. É também nesta fase que se definem os indicadores de saúde, relativamente a uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) de uma população em risco, (Imperatori & Giraldes 1993).

Segundo a World Health Organization (2008), as últimas décadas viram dramáticas mudanças no padrão de doenças crónicas: das doenças infecciosas passou-se para as atuais doenças crónicas, como a diabetes e as doenças cardiovasculares, representando 59% das mortes atuais e 46% das doenças na sua totalidade. Prevê-se ainda que, no futuro estes valores venham a aumentar. Será então de considerar que tem que existir uma maior preocupação dos decisores, haver confiança nas avaliações efetuadas e ser decidido em conformidade, para melhorar a qualidade do atendimento e gerir os recursos da forma mais eficiente possível.

A Ordem dos enfermeiros (2011), no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública refere que: o envelhecimento demográfico determina novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Se o aumento da esperança de vida é uma história de sucesso, também é um grande desafio. O nosso objetivo com a implementação deste projeto tem que passar por ajudar as pessoas a permanecerem independentes e ativas ao longo do processo de envelhecimento e seguramente este processo só acontecerá com a adesão às terapêuticas instituídas, quer sejam ou não medicamentosas.

A realidade local em nada facilita este facto, e segundo os registos da UCC, as percentagens de idosos da classe de gerontomotricidade que se encontram sem tomar medicação é significativa. A esta situação não será alheio o facto de não existirem médicos de saúde pública que abranjam a totalidade da população.

Estamos perante deficiências significativas na vigilância da saúde. Com este projeto iremos perceber se, o facto de sermos mais pró-ativos, os cuidados de qualidade de promoção da saúde ficarão assegurados.

Sem se inovar no acompanhamento da saúde das populações, vamos cada vez mais assistir a estilos de vida marcados por fatores de risco como a obesidade e sedentarismo, o que irá aumentar substancialmente o risco de doenças crónicas, morbilidade e mortalidade.

Como enfermeiros teremos que estar atentos a estes factos, quando se considera que, 40% das doenças crónicas podem ser acauteladas à custa de trabalho de equipa, de uma forma consertada (Fortin, 2013). Neste contexto, os programas a implementar devem ser adaptados em função das necessidades do grupo ou individuo; têm que incluir a redução ou correção de fatores de risco modificáveis, otimizando a autonomia, a saúde e a gestão, oferecendo uma gama de atividades de educação, aconselhamento e acompanhamento; dados por profissionais de entre os quais se incluem os enfermeiros, baseados em modelos conceptuais de enfermagem (Fortin, 2013).

Os constrangimentos para a mudança residem no facto de até a data os artigos publicados serem em quantidade reduzida e não terem a visibilidade científica desejada para serem considerados; resultados largamente visíveis e incontestáveis só são possíveis e adquiridos a longo prazo, significando que, só a existência de literatura científica em quantidade e qualidade suficiente que documente a necessidade de se mudar, como mudar, obtendo ganhos em saúde, fará com que a situação não se altere; para que aconteçam as mudanças desejadas de forma sustentada, só com bases científicas bem estruturadas e fundamentadas.

3.1.3 - Seleção de estratégias - Revisão Sistemática da Literatura

À quarta etapa do planeamento em saúde corresponde à seleção de estratégias a utilizar na execução do plano. Nesta fase deve ser escolhido todo um conjunto de práticas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo (Imperatori & Geraldes, 1993). Para a seleção de estratégias é necessário fazer uma estimativa dos recursos a utilizar (Imperatori & Geraldes, 1993).

A revisão sistemática da literatura torna-se uma ferramenta essencial nesta fase do planeamento em saúde. Já em 2014 foi fundamental ao assegurar a necessidade do processo utilizado, e posteriormente, ao sistematizar o estudo do conhecimento, conduzindo a avaliações, reflexões, justificações, fundamentando de forma consistente a temática em estudo.

Em 2016 considerámos ser necessário realizar uma nova revisão sistemática da literatura, só assim se pode prosseguir com o plano de intervenção na comunidade, sustentado na mais recente produção científica e desta forma obter ganhos efetivos em saúde, justificando e fundamentando o manter-se a pertinência da temática e com ela selecionar as estratégias mais ajustadas ao contexto.

Apenas a revisão sistemática da literatura de 2016 será considerada neste relatório por ser a mais atualizada; o protocolo utilizado foi o do JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports (Anexo V).

Partindo da conceptualização emergiu a pergunta em formato PICo, que se refere a: (P) Participantes; (I) Intervenção; (Co) Contexto. A pergunta PICo enunciada foi: “Que intervenções de Enfermagem a desenvolver, ao nível da promoção da saúde, para adotar hábitos de vida saudáveis na doença crónica, de modo a adquirir maior autonomia?”

Tendo por base esta pergunta foi elaborado um protocolo de pesquisa (Anexo VI), Quadros nº 3 a nº 7, para o qual foram definidos critérios de inclusão e exclusão. As palavras-chave foram definidas e hierarquizadas da seguinte forma:

Nurs*, Chronic disease, Health promotion, Autonomy.

Foram submetidas a verificação através da MESH BroWser, e validadas como descritores; a pesquisa foi feita na Plataforma Ebsco, nas Bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina. Base de dados National Library of Medicine (PubMed) e Base de dados Saúde & Medicina (ProQuest).

Foram pesquisados artigos científicos publicados em texto integral, no período compreendido entre setembro 2011 e setembro 2016, usando as palavras-chave pela ordem descrita. Como limitadores na pesquisa foram tidos em conta: Booleano and, Full Text, e Pdf,

A pesquisa foi realizada com cada palavra individualmente e cruzadas entre si, duas a duas, três a três e as quatro no seu conjunto, (Quadro nº 5 e Quadro nº 6). Do seu cruzamento final, obtiveram-se cento e vinte e oito artigos, o resultado encontra-se expresso no Quadro nº 8, PRISMA FlowChart 2012 (Anexo VII).

Dos cento e vinte e oito artigos identificados, dezoito foram rejeitados por se encontrarem duplicados. Dos cento e dez artigos selecionados, quarenta e cinco foram rejeitados por não estarem disponíveis para leitura na íntegra. E dos sessenta e cinco avaliados através do seu abstract cinquenta foram excluídos por não darem resposta à temática, tendo sido selecionados quinze artigos. Dos quinze artigos e pós leitura do texto integral, considerando a pergunta PICo e as palavras-chave selecionadas, destacaram-se três, dos quais foram selecionados dois por serem os que davam resposta cabal ao objetivo da Revisão Sistemática da Literatura: que a educação para a saúde é uma área prioritária na prevenção da doença crónica, assegurando-nos que a metodologia a utilizar era a mais adequada e que é à enfermagem que estes projetos podem e devem ser confiados por ter competência para os desenvolver.

Artigo nº 1 Perceptions of Portuguese family health care teams regarding the expansion of nurses' scope of practice. Temido, Marta Alexandra Fartura Braga; Craveiro, Isabel; Dussault, Gillles, Ano 2015 (Anexo VIII).

Artigo nº 2 A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. Katherine Murphy, Thandie Chuma, Caterine Mathews, Krisela Steyn e Naomi Levit, Ano 2015 (Anexo IX). (Ver resumos no quadro nº 9).

Quadro nº 9 - Resumo dos Artigos

Título Artigo nº 1	Autor Ano	Objetivos do Estudo	Desenho do Estudo	Contexto	Tratamento e análise	Resultados e Conclusões
Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo do exercício da enfermagem	Marta Alexandra Fartura Temido, Isabel Craveiro, Gilles Dussault 2014 Rev. Enfermagem Referência. Série IV- Nº 6 Páginas 75-85 2015	Conhecer a percepção das equipas de cuidados saúde primários portuguesas, no alargamento das suas competências/ exercício da enfermagem na comunidade	Grupo focal estudo qualitativo Entrevista semiestruturada gravada ou escrita a enfermeiros e médicos das USF do modelo B de cada uma de cada uma das cinco ARS de Portugal	Total de 41 profissionais enfermeiros e médicos em que 62% são mulheres destes 56% eram médicos. Do grupo dos enfermeiros 47%, 11% eram especialistas. Grupo etário dominante 41-45 anos. Contexto USF do modelo B em equipas de saúde familiar. Portugal	Analisadas de acordo com o método de análise de conteúdo.	A atribuição de papéis clínicos mais vastos aos enfermeiros não reúne unanimidade. A formação nestas áreas é essencial Há um mundo de necessidades de cuidados de enfermagem. A enfermagem tem capacidade de dar resposta As especializações fornecem as competências para tal.
Título Artigo nº2	Autor Ano	Objetivos do Estudo	Desenho do Estudo	Contexto	Tratamento e análise	Resultados e Conclusões
A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services	Katherine Murphy, Thandie Chuma, Catherine Mathews, Krise la Steyn e Naomy Levit 2015	Conhecer a motivação existente entre doentes diabéticos e hipertensos para a autogestão da doença ao serem acompanhados no serviço de saúde de cuidados primários públicos na África do Sul	Estudo qualitativo. Entrevistas a 21 doentes hipertensos e ou diabéticos de baixo status sócio-económico. Cidade do Cabo na África do Sul.	Total de 16 mulheres e 6 homens, entre os 30 e 75 anos. Diagnóstico de diabetes ou hipertensão nos últimos 10 anos, com mais de 3 meses de diagnóstico. Contexto-Centros de saúde comunitários que prestam serviços de saúde primários gratuitos, Cidade do Cabo Província de Western Cape Feita. África do Sul	Efetuada a análise de conteúdo Qualitativa	A maioria dos doentes hipertensos e diabéticos desejam uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde/enfermeiros. Deve ser adotada uma abordagem centrada no paciente. São necessárias mais ferramentas e recursos. Os enfermeiros serão os parceiros vitais na mudança necessária a operar Há um longo caminho a percorrer por parte de todos. Os provedores dos cuidados precisam de ser bem apoiados não só por políticas mas também por mudanças organizacionais.

Para a avaliação metodológica de ambos foi utilizado o instrumento JBI-QARY, segundo JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, tendo sido cumpridos todos os pressupostos inerentes aos estudos, estando explícita a metodologia utilizada e os resultados encontrados, referidas limitações e conclusões (Anexo X e Anexo XI).

O referido instrumento permitiu uma análise e síntese de ambos os artigos, por forma a estabelecer os resultados mais pertinentes de cada um e apresentar esses resultados.

No decurso da revisão sistemática da literatura houve um terceiro artigo que nos mereceu atenção: foi um artigo que esteve presente na revisão sistemática de 2014 e que por já ser um artigo de revisão foi excluído neste momento; apesar de não fazer parte da revisão, levou-nos a considerá-lo para delinear estratégias de intervenção, devido ao seu interesse para a temática em estudo; o seu resumo faz parte do Anexo XII.

Se consideramos os dois artigos selecionados e a leitura do terceiro artigo, julgamos estar confirmada a importância major e o papel dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, pela sua capacidade na elaboração de diagnósticos, no delinear de estratégias de ação, na implementação de projetos de formação/informação e na avaliação dos seus resultados.

Dado a importância que deve ser dada à prevenção, na área dos cuidados de saúde primários e devido ao número crescente de pessoas com doença crónica, associados aos seus custos em vidas e económicos, consideramos que esta será uma área em que urge intervir e este é um papel que é muito nosso; o sabermos escutar e a capacidade de nos fazermos entender, faz a diferença na obtenção de resultados efetivos, sem declinar para os outros profissionais de saúde esta área do cuidar.

No quadro de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é referido que, este deve contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, este princípio também faz parte da base da filosofia do modelo de Betty Neuman.

3.1.3.1 - Seleção de estratégias - Saber ser, saber estar e saber fazer

Da revisão sistemática da literatura foram obtidos subsídios com caráter científico de como fazer, quem deve fazer e o que precisa de ser feito, por forma a se ir ao encontro das necessidades expressas das populações a quem prestamos cuidados de saúde, para que a autonomia e o empowerment a título individual e ou coletivo se obtenha no seio das comunidades.

Perante a análise da comunidade em que nos inserimos e o grupo alvo do projeto, foi decidido que a estratégia a utilizar seria a de realização de sessões de educação para a saúde, junto dos grupos que integravam as classes de desporto sénior da Câmara Municipal de Almeirim. Paralelamente seriam efetuadas consultas de enfermagem, sempre que estas fossem solicitadas, por considerarmos ser o método que melhor se adequa às necessidades individuais e pelo facto de poderem existir especificidades que as pessoas não expõem em público.

Os artigos remetem-nos para a importância destes cuidados e, dão visibilidade à importância do papel do enfermeiro na educação para a saúde, tal como ele deve ser assumido, com ganhos efetivos em saúde nas comunidades, com redução da procura de atendimento médico, em prole de atendimento de enfermagem.

Com esta prática, a equipa médica ficará mais disponível para dar resposta a situações que serão exclusivas do foro médico. Os resultados dos artigos sugerem, inclusive que nesta área da promoção da saúde os enfermeiros podem conseguir mais aceitação e satisfação por parte dos utentes. Nesta perspetiva pode ser considerada possível uma transferência de papéis, mas não de funções, devendo sim trabalhar-se em complementaridade, pela saúde das comunidades. Ser enfermeiro especialista de enfermagem comunitária é ser o elemento mais presente na comunidade, com uma atitude pró-ativa, disponível e com capacidades de decisão sempre que a situação o exija. A promoção para a saúde deverá ser uma constante na vida de cada enfermeiro da comunidade.

No que se refere à população idosa, a manutenção da qualidade de vida com saúde é condição de primeira importância, para que se mantenha com autonomia e capacidade de decisão o mais tempo possível. Mas ainda muito há a fazer pelos enfermeiros, no sentido de promover hábitos de vida saudáveis e no integrar os próprios idosos nas tomadas de decisão em relação à sua saúde individual.

O problema da falta de qualidade de vida nos mais idosos não se encontra restrito a um só local, tão pouco nacional, mas sim à escala mundial (WHO, 2004a). Sabemos que a crise mundial trouxe consigo a escassez de recursos face às necessidades das comunidades; então torna-se fundamental a existência de profissionais de enfermagem experientes e qualificados, no caso os mais qualificados correspondem aos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, para que a qualidade dos cuidados esteja assegurada. Segundo a DGS (2016) encontramos “a correr para a meta”, precisamos de ter a certeza de que se é aos enfermeiros a quem estão confiados estes projetos, então eles terão de ser e são seguramente, capazes de os implementar.

Para educar para a saúde, é imprescindível que se adequa a linguagem e a informação às necessidades da população alvo, utilizando caso necessário, inovadoras metodologias educativas que promovam o desenvolvimento das competências individuais, atingindo os objetivos a que nos propusemos. Mas o trabalho da equipa multiprofissional e em parceria, tem sempre que existir, mesmo com a sociedade civil. Trabalhar com e para a comunidade é impossível sem estabelecer essas parcerias; os projetos envolvem habitualmente custos e recursos da sociedade civil que também têm que ser mobilizados e bem geridos, para terem o sucesso esperado.

Os enfermeiros dão importância ao facto de as informações serem adequadas à população alvo e ou ao indivíduo com o aumento de eficiência e eficácia junto das comunidades, os custos económicos com este tipo de procedimentos diminuem, proporcionando oportunidades na obtenção de ganhos em saúde (Laurant, 2014).

A prática de enfermagem baseada na comunidade é uma prática baseada no contexto, através do qual são prestados cuidados a indivíduos e famílias, em que a ênfase reside na prestação de serviços abrangentes, coordenados e contínuos (Stanphope, 2011).

É fundamental haver uma consciencialização do valor profissional da enfermagem. Nesta área da educação para a saúde, está demonstrado o caminho a ser percorrido, com a intervenção a que nos propusemos. De notar que quanto mais saudável for a população, menores serão os encargos orçamentais futuros que terão os governos com os cuidados de saúde.

Na fase de preparação para a execução, distinguimos a responsabilidade da mesma, cumprindo a calendarização e os cronogramas que compõem o projeto. As sessões foram organizadas e efetuadas em função das necessidades e disponibilidades concretas dos grupos, correspondendo aos horários e locais disponibilizados à prática das aulas de desporto, por sugestão do seu responsável.

3.2 – SEGUNDA SESSÃO - EXECUÇÃO DO PLANO, MAIS VIDA MAIS SAÚDE

O elevado índice de envelhecimento da comunidade de Almeirim, a falta de médicos de família, dificuldades económicas, isolamento, iliteracia e os hábitos culturais enraizados são características do contexto e da população de Almeirim. Não se prospeta que a situação se reverta num curto período de tempo, então mais uma vez se reforça que, se queremos ter uma população saudável sem gastos excessivos em saúde, provavelmente teremos que tomar um outro rumo. A situação foi percecionada pelos idosos logo na primeira sessão de educação para a saúde, na empatia com a equipe de saúde, reconhecendo que algo se passa, percebendo o significado dos dados, que alguma coisa tem que ser mudado a nível individual, para que não surjam problemas acrescidos e com custos significativos na saúde de cada um.

É também notória essa preocupação e disponibilidade na iniciativa da Câmara Municipal de Almeirim, contribuindo de forma efetiva para essa mudança, motivando e disponibilizando de forma gratuita a prática de desporto a todos os idosos. É referido na entrevista que “a alteração da dieta e o minimizar de fatores de risco, como o sedentarismo, se têm traduzido em alguns idosos numa perda de peso, menor procura serviços de saúde e em melhor bem-estar”.

Relativamente às competências de enfermagem, se possuímos as específicas da enfermagem comunitária também não podemos descurar as competências comuns a todos os especialistas; segundo o artigo 3º na alínea c), competências acrescidas são referidas como sendo as competências que permitem responder de uma forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando.

Como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e como cidadãos temos um papel de importância vital neste processo, coordenação de programas de saúde e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

À segunda sessão de educação para a saúde, foi atribuído o título, “Mais vida Mais Saúde”. o seu conteúdo educativo corresponde às necessidades expressas nas fichas que foram entregues no final da primeira sessão. A alimentação foi a temática em que as necessidades formativas foram mais consistentes e consensuais. O que comer? Quando comer? Que quantidade comer? Em relação à terapêutica medicamentosa, as necessidades focalizam-se em relação aos horários e às situações em que se deve ou não deve tomar medicamentos. Esta informação também surge pelas longas conversas mantidas com os grupos logo na primeira sessão.

Depois da surpresa, em relação aos conteúdos que requeriam formação, houve que operacionalizar a sessão. Foi preocupação, como formadora, elaborar a sessão de educação atendendo aos conteúdos desejados, e transmiti-los da forma mais objetiva possível, adequando a sessão a cada contexto onde ia ser replicada.

Agendadas as sessões de educação para a saúde e elaborado o plano de sessão, as sessões iniciaram-se a 3 de junho e tiveram o seu término ao dia 13 do mesmo mês. A sessão era aguardada com alguma expectativa por parte dos grupos, dado que iria conter as temáticas que eles próprios solicitaram; da nossa parte também existia alguma expectativa em relação à receptividade do trabalho por nós elaborado. Não só devido à heterogeneidade de saberes, mas também pela iliteracia da população residente, pelo facto de entendermos que seria pertinente a visualização de uma refeição saudável em concreto, composição do prato, de como contabilizar as peças de fruta, a dimensão adequada das fatias de pão, então optou-se pela demonstração teórico-prática.

A sessão foi replicada em nove contextos e decorreu de forma surpreendente. Da metodologia utilizada fez parte a projeção de conteúdos através do “data-show”, além da demonstração de pratos concretos, para melhor compreensão, o que se demonstrou ser muito adequado, tornando a sessão bastante participativa (Figura nº 1). Depreende-se que, independentemente do nível de conhecimento do formador, e da qualidade da relação, é essencial uma forte organização dos materiais para que ocorra a aprendizagem (Stanhope, 2011). De referir ainda que sem a melhor e mais recente evidência científica, a prática corre o risco de rapidamente ficar desatualizada, prejudicando o cliente Stanhope (2011) citando (Sackett, 1996).

Também Swanson (1991) refere que, conhecer é tentar compreender a pessoa e a situação; possibilitar é tornar o outro capaz de cuidar de si próprio, ajudando-o nas mudanças da vida; manter a crença é acreditar na capacidade que o outro tem para ultrapassar os obstáculos da vida e enfrentar o futuro com significado, é caminhar até ao fim com a outra pessoa.



Figura nº 1 - Imagens da segunda sessão de educação para a Saúde, “Mais vida mais Saúde”

Depois de ser transmitida a informação com reforço positivo, onde foi clarificado que, as mudanças não acontecem nem necessitam de ser de um dia para o outro, mas é sim um processo contínuo e progressivo, todos ficaram mais acomodados à ideia e até entusiasmados em iniciar um processo de mudança.

Não nos podemos esquecer que na região se come e se bebe em grande quantidade. É aqui que deve começar o primeiro passo a dar na alimentação saudável, reduzir a quantidade que alimentos que se ingere a casa refeição. A comida regional não se pode eliminar, faz parte das raízes culturais da comunidade; há que a manter, mas com algumas regras. Então o que reduzir, que aumentar, que introduzir, como e quando? Alimentação terapêutica e exercício, que ligação?

No final das sessões foi-nos solicitado o esclarecimento de dúvidas em grupo e individualmente; as solicitações individuais levaram-nos, tal como na primeira sessão, a permanecer

em alguns contextos por muito mais tempo para além da sessão formal. Consideramos estes momentos como consulta de enfermagem, foi de facto surpreendente conhecer os erros que são cometidos à custa da publicidade, o “pensar” que é tal como é publicitado, a noção existente é a de associar dieta a deixar de comer o que tanto se gosta; este facto não seria de todo aceite.

Consideramos ter transmitido os princípios fundamentais para uma alimentação saudável, para que, a título individual, cada um se identifique com as opções de refeições sugeridas; a base residiu na dieta mediterrânica, por ser uma dieta que se funde com a da comunidade e neste momento faz parte do património da humanidade. Assim as pessoas permitem-se a tomar consciência de que nem tudo é errado, utilizando os recursos existentes na região; sem ser necessário fazer uso de ingredientes desconhecidos, conseguem-se adquirir hábitos alimentares mais saudáveis, só é necessário aplicar regras de moderação e cuidados diários na variedade.

Há que ir ao encontro das pessoas quando se quer motivar para a mudança, dando um reforço positivo para com os hábitos corretos, explicar o que se faz menos bem e assim encontrar estratégias para se atingirem os objetivos pretendidos. Algumas frases transmitidas no final da sessão merecem transcrição, aquando da distribuição as fichas de avaliação, da segunda sessão:

Assim sim! vale a pena vir; (...) nunca ninguém nos tinha explicado nada desta forma; (...) obrigado por ter vindo (...) para o ano volta! (...) será que podemos ter estas informações em papel? Era tão importante!

3.3 - TERCEIRA SESSÃO – ALMOÇO CONVÍVIO

A terceira sessão constou de um almoço convívio, com a participação de cento e cinquenta pessoas. Decorreu no Restaurante Moinho de Vento de Almeirim no dia 20 de Junho 2014. A Câmara Municipal permitiu a todas as pessoas de locais de residência distantes, que assim o desejassem, a possibilidade de se deslocarem para o convívio, disponibilizando o transporte. Ao mobilizar os seus recursos opera como linha de defesa segundo o modelo sistémico de Betty Neuman.

O almoço convívio foi uma forma diferente de promover a saúde, num ambiente informal, mas com muita proximidade, o que permitiu esclarecer dúvidas, ouvir o que as pessoas têm para nos dizer. Ao longo da vida todas estas pessoas já desenvolveram estratégias de resolução de problemas e formas de enfrentar as dificuldades que foram vivendo, ou seja, mecanismos de “cooping” e não somente estratégias de enfrentamento ou mecanismos de defesa; diversas pessoas do grupo sentiram-se motivadas para conversar, sobre o que foi discutido ao longo das sessões, falando abertamente sobre como estão a gerir e a operacionalizar um plano de saúde promotor da sua autonomia e maior qualidade de vida.

O que nos permite inferir que todo o trabalho desenvolvido foi um contributo para que estes idosos se sintam mais confiantes, perante os fatores de “stress”, no que se relaciona com a adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa. Os enfermeiros com formação “avançada” terão que ser mais pró-ativos, de modo a “chegarem às pessoas”, só com pro-atividade e trabalhando a informalidade se pode fazer mais pela pessoa, pelo seu núcleo familiar e pela

comunidade, razão pela qual a estratégia utilizada na sessão era um contínuo de um trabalho desenvolvido ao longo do tempo, em que decorreram as sessões anteriores.

A aquisição de conhecimentos baseados em informação correta, pode ser uma forma destas pessoas ainda que tenham tido uma vida rica em experiências vividas e sentidas, possam desenvolver novas capacidades para a resolução dos problemas, que se relacionam com os erros alimentares e de medicação que têm sido cometidos, porque perante novos problemas há que encontrar novos caminhos, para que a sua qualidade de vida seja uma constante; tudo se traduzirá em ganhos em saúde, nas formas física, espiritual e económica.

Durante a sessão promoveu-se a discussão, sobre o que é feito e o que deveria ser feito, tendo sido disponibilizado um folheto com a informação considerada pertinente. A sessão permitiu-nos ainda conhecer quais eram as opções alimentares que efetuavam quando em convívio.

Consideramos que cada vez mais como enfermeiros com a especialidade de enfermagem comunitária teremos que refletir junto e com a comunidade, analisar os factos e os dados e atuar assertivamente perante as situações, o que implica um saber ser, um saber estar e um saber fazer, junto da comunidade.

3.4 – O REENCONTRO / O QUE MUDOU 2014 /2016

Passados que foram alguns meses e dando continuidade ao projeto de 2013/ 2014, como inicialmente se projetou agora num contexto de mestrado, pareceu-nos oportuno perceber as necessidades existentes ou remanescentes e impulsionar este projeto de forma contextualizada.

Tivemos o primeiro contacto em julho 2016 com a nossa participação na atividade “Avós e Netos”, organizada pela UCC e Câmara Municipal de Almeirim, para a qual redesenhámos o folheto alusivo às temáticas desenvolvidas (Anexo XIII). A atividade decorreu no parque Zona Norte em Almeirim, destinou-se a toda a população idosa e à mais jovem de Almeirim e zonas limítrofes.

Tal como na terceira sessão, o ambiente descontraído proporcionou um contacto informal, mas com conteúdos educativos com igual significado e que pela informalidade são difíceis de quantificar numericamente. A sua representatividade situa-se no facto de sermos fisicamente reconhecidos por várias pessoas, associando-nos às sessões de educação para a saúde e às temáticas sobre alimentação e medicação. Proferiam que, iam “chamar” alguns familiares para serem esclarecidas dúvidas ainda subsistentes e referentes aos conteúdos que estávamos a expor, que lhes eram familiares de sessões anteriores.

Com esta atividade ambicionou-se promover o trabalho em parceria, no sentido de garantir uma maior eficácia de intervenções futuras, redesenhando o folheto com conteúdos informativos dentro da temática da atividade lúdica.

Percebeu-se a atualidade da temática e a importância junto da comunidade, considerando também a receptividade da população e o interesse demonstrado por parte da Câmara e da UCC, em existir uma sessão formativa de conteúdos abrangentes, e de avaliação; dispusemo-nos a retomar a metodologia anteriormente utilizada para dar continuidade ao projeto.

Na fase de reencontro em 2016 e com a quarta sessão educativa considerámos que haveria que rentabilizar o conhecimento e as competências adquiridas, de modo a ser possível maximizar

os conhecimentos dos conteúdos das sessões anteriores, permitindo-nos torná-los mais consistentes e posteriormente avaliar o que mudou.

3.5 - QUARTA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A quarta sessão de educação teve lugar em novembro 2016, dando continuidade às sessões anteriores. Com o propósito não só educativo, mas também o de avaliar que alterações se operaram a nível do grupo, no período que decorreu entre 2014 e 2016, no que se relaciona com as opções alimentares, as atitudes face à medicação e ainda perceber a necessidade de dar continuidade ao projeto iniciado em 2014, para lá de 2016 e fora do âmbito meramente académico.

Como nas sessões anteriores (2014) a Câmara Municipal de Almeirim foi o parceiro da UCC na disponibilização dos tempos de aula e na divulgação das sessões junto dos alunos, para as duas sessões de educação para a saúde efetuadas, uma em Almeirim e outra em Benfica do Ribatejo. O facto de sermos conhecidos praticamente pela totalidade dos idosos das classes, poderia trazer subsídios, mas também poderia criar demasiadas expectativas por parte dos idosos dos grupos; no caso prevaleceram os proveitos.

O espaço selecionado para a sessão de educação para a saúde de Almeirim foi o salão Nobre da Câmara Municipal, um espaço privilegiado para a apresentação de conteúdos em formato informático / digital. As sessões constaram da súmula das sessões anteriores.

Pensando em estratégias e pretendendo apresentar algo na sequência do nosso reencontro, “Atividade Avós e Netos”, mas que fosse igualmente apelativo para estes idosos, solicitamos a colaboração da Câmara Municipal de Almeirim que, privilegiando o trabalho em equipa, disponibilizou um dos membros da sua equipa (Nutricionista), para participar na sessão com uma abordagem à população mais jovem, os netos destes idosos.

Sabemos que é fortemente sobre a população envolvida no projeto (idosos) que recai a responsabilidade da alimentação dos netos, sendo fundamental que esta seja, desde cedo, a mais correta. Foi um potenciar de saberes, o facto de associarmos gerações na temática educativa, promoveu uma majoração no interesse e na empatia, que foi do agrado de todos os presentes. Há que dar continuidade ao projeto e promover a alimentação saudável na classe e também incentivá-la nas gerações mais jovens, foi sentimento que subsistiu. No final e com o intuito de avaliar o projeto foi solicitado o preenchimento de uma ficha que para posteriormente se tratarem os dados estatisticamente.

3.6 - AVALIAÇÃO DO PLANO

A avaliação é a última fase do planeamento em saúde. é feita com base em indicadores – de processo e de resultado. Os de processo, consideramo-los de curto prazo, se servirem para atingir meta, mas se se dirigirem aos objetivos fixados, segundo o resultado a cumprir, consideramo-los de médio prazo. No caso dos resultados obtidos com a segunda e quarta sessão, encontram-se reproduzidos no Anexo XIV (gráficos nº 14 a nº 26), consideramo-los de curto e médio prazo, devido ao tempo decorrido entre sessões e a avaliação (Imperatori & Giraldes 1993).

Apesar de serem grupos que desconheciam os diagnósticos de saúde, efetuados pela UCC, na primeira sessão por nós efetuada, sabemos, pela literatura e pela experiência adquirida com a implementação do projeto que, ao se adequarem as estratégias e os métodos indo ao encontro das necessidades dos grupos, eles sentem-se motivados para apreender a informação, e fazer uso dela.

Ter competência para desempenhar este papel, faz parte das competências específicas do enfermeiro especialista; de notar que a OE (2010) nos seus critérios de avaliação define no seu ponto G 2.1.4 que, o enfermeiro especialista nesta área concebe, planeia e implementa programas e projetos de intervenção, com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais.

Relativamente à segunda sessão, dos cento e vinte participantes, cento e oito responderam à ficha de avaliação, tendo-se obtido 90% de fichas respondidas (Gráficos nº 14 a 20).

Como resultado da importância atribuída ao que foi dito e à sua compreensão, temos que, as cento e oito pessoas referem que compreenderam a totalidade da informação (100% das respostas obtidas), acrescentando que esta foi importante. Relativamente ao terem ficado esclarecidas em relação às dúvidas que enunciaram na primeira sessão, das cento e oito pessoas que responderam, três mencionam que não ficaram esclarecidas o que corresponde a 2,7% das respostas obtidas.

Duas das questões consistiam em oito fotografias de refeições confeccionadas, solicitava-se que as referidas refeições fossem identificadas como boas ou más escolhas alimentares: das cento e oito respostas obtidas a sua totalidade identificou as más opções de refeições, correspondendo a 100% das respostas obtidas; no que se refere às boas opções, cem das cento e oito respostas obtidas identificaram as boas opções, o que corresponde a 92% das respostas obtidas.

Concluimos que a informação em relação ao que são más opções de refeições foi apreendida. Em relação ao número de refeições a fazer diariamente, três pessoas, das cento e oito, não fizeram a opção certa, significa que para 2,7% das pessoas esta informação não ficou clara.

Relativamente ao parâmetro da medicação, quando solicitamos que sejam identificadas as circunstâncias relativamente a horários de medicação, situações em que devemos e temos que efetuar a toma de medicação, prescrita ou não e automedicação, as cento e oito pessoas fizeram a opção correta, em relação às alternativas enunciadas, ou seja, 100% das pessoas responderam de forma correta, a mensagem relativamente à medicação foi bem apreendida.

Ao fazermos a análise da segunda sessão, e do seu resultado final em termos de promoção da saúde, é gratificante constatar que o resultado em apreensão de conhecimentos por parte dos idosos foi consistente e que os objetivos que nos propusemos foram atingidos; significa que as estratégias utilizadas foram adequadas aos contextos e às pessoas a que se destinavam.

No que corresponde à terceira sessão (almoço convívio), não tendo um caráter quantificável, é de salientar que o facto de se estar num ambiente informal, permitiu cultivar o espírito de grupo, troca de saberes e até de partilha de informação pertinente. A nossa presença foi sentida com agrado, fazíamos parte do grupo, participando de forma ativa, dando sugestões, perante as opções alimentares disponíveis. Foi um momento de riqueza que deverá ser cultivado mesmo que com outras características e em outros contextos.

Prosseguimos com a avaliação que corresponde ao período de 2016, a que designamos de reencontro, passados que foram alguns meses das sessões de 2014. A quarta sessão teve um total de noventa e dois participantes e de setenta e cinco fichas respondidas na avaliação da sessão, o que equivale a 81,5% de fichas respondidas, (Gráficos nº 21 a 25 do Anexo XIV). O interesse demonstrado pela temática alimentação/medicação é ilustrado pelo número de participantes, em apenas duas sessões, e pelo número de fichas respondidas. Dos noventa e dois participantes sessenta e um são mulheres, o que equivale a 77,1%; trinta e um são homens, correspondendo a 33,6% do grupo, o que significa que relativamente a 2014 a diferença percentual no que se refere ao género dos participantes se mantem.

O facto de se manter o interesse relativamente à temática exposta revela-nos que, das setenta e cinco respostas, 100%, vão no sentido de considerar importante a temática, mantendo o interesse manifestado em 2014. No que se relaciona com a compreensão que tiveram em relação à temática e à forma como foi exposta na sessão, 100% das respostas referem que perceberam os conteúdos apresentados.

Em relação à questão: Considerou que aprendeu tudo o que precisava? das setenta e cinco respostas obtidas, setenta e uma consideram ser suficiente, ou seja 94,6% das respostas, mas quatro consideram que não foi o suficiente, o valor numérico quatro representa 5,3% do global de respostas; apesar de ser um valor numérico aparentemente pequeno, julgamos que pelo impacto que ele representa em termos de qualidade de vida é de considerar no futuro.

O mesmo acontece relativamente à toma correta dos medicamentos das setenta e cinco respostas obtidas houve uma que não corresponde à forma correta de os tomar equivalendo a 1,3% das respostas obtidas. Perante a evidência é de ponderar novas sessões indo de encontro as necessidades da população.

Foram também questionados sobre as mudanças que operaram nas suas vidas, relativamente às opções e escolhas alimentares e de terapêutica, na sequência das sessões efetuadas em 2014. Uma elevada percentagem assim o fez: das setenta e cinco respostas obtidas, setenta e duas afirmaram ter mudado, quando se trata de escolher o tipo e quantidade de alimentos. Percentualmente significa que, 96% das pessoas que participaram nas formações e responderam à ficha de avaliação operaram alterações na sua alimentação e na toma de medicamentos relativamente a 2014. Deveremos considerar ainda que poderão existir pessoas que não estiveram presentes nas formações de 2014, mas a informação relativamente a estas sessões foi-lhes transmitida, caso assim não fosse não responderiam.

Este facto reflete o sucesso do projeto e como os seus objetivos foram e poderão continuar a ser atingidos. Consideramos que a formação deve ser extensível a toda a população abrangida pela UCC. A educação para a saúde é uma área de cuidados que é urgente investir de forma transversal em todas as idades, para que os ganhos em saúde se tornem uma realidade e um caso de sucesso na realidade local e nacional.

Quando todo este processo termina, deve ser reiniciado mantendo assim o seu carácter de continuidade e de dinamismo; Imperatori & Giraldes (1993) referem que terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação,

melhorando a informação disponível e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.

4 – ANÁLISE CRÍTICA

Para analisar criticamente o percurso efetuado é importante situá-lo num tempo e num contexto de desenvolvimento pessoal e profissional. A intervenção na comunidade surge de um projeto elaborado em contexto de estágio, para ser desenvolvido a título formativo visando a obtenção de formação especializada em enfermagem comunitária e do grau de mestre. Esteve confinado ao cumprimento de calendários escolares, mas que se pretende que se lhe dê continuidade fora do âmbito académico.

Assim, e após considerar o grande leque de atuações possíveis dentro de uma comunidade, foi decidido intervir na comunidade idosa, pois trata-se de uma comunidade frágil devido aos seus problemas de saúde, económicos e até mesmo espirituais a que a idade avançada conduz. Sabe-se que, mesmo tendo conhecimentos “avançados” sobre cuidados à comunidade, não é possível atuar sobre todas as áreas em simultâneo, pelo que se optou por desenvolver atividades de educação para a saúde junto de grupos de idosos. Sendo de todo impossível abraçar toda a comunidade idosa, decidiu-se trabalhar com grupos dinâmicos, que já estão inseridos em atividades de grupo.

Tudo tem um começo e com este percurso académico foi possível desenvolver atividades de promoção de saúde, com a comunidade idosa de Almeirim, implementando-se um projeto na comunidade, numa área com um diagnóstico de enfermagem elaborado pela própria UCC e ao qual havia necessidade de dar resposta, pretendendo-se que traga benefícios à saúde de cada membro da comunidade idosa de Almeirim.

A decisão de definir como implementar o projeto, cumprindo o objetivo preconizado para o estágio, prende-se com o facto de que, o título de enfermeiro especialista e o grau de mestre em enfermagem comunitária certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. O enfermeiro deve ter capacidade de demonstrar níveis elevados de julgamento clínico, ser detentor de uma adequada capacidade de tomada de decisão e possuir um conjunto de competências relativas ao campo de intervenção, como é definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010), neste caso a enfermagem em saúde comunitária.

Como temáticas vastas podem dar origem a que o essencial fique diluído no acessório, em 2014 decidiu-se perguntar aos principais interessados “as pessoas idosas constituintes das classes de desporto” o que gostariam de ver tratado face aos resultados dos rastreios efetuados pela UCC. Perante o que foi solicitado, no que se refere às necessidades formativas, procedeu-se à revisão sistemática da literatura, com base na pergunta PICO, prosseguindo com a pesquisa da literatura científica por forma a basear a prática na melhor evidência. Esta fase de pesquisa e revisão exigiu capacidade de análise crítica, mas foram o garante de que nós, enfermeiros, somos detentores de

qualificações e competências para implementar estes programas de promoção da saúde e constituímos uma das melhores opções, com ganhos em saúde.

Assim e depois de se validar o diagnóstico, logo na primeira sessão de educação para a saúde, decidiu-se que se iriam desenvolver atividades de enfermagem na área da promoção da saúde, com todos os grupos que constituíam a classe de desporto, mas devido às dinâmicas dos grupos e à sua heterogeneidade houve necessidade de ajustar as atividades previstas no projeto inicial.

As estratégias a adotar teriam que ser suficientemente abrangentes, adequadas às temáticas solicitadas, respeitando as prioridades e levando em conta o nível de escolaridade das pessoas, salvaguardando as possíveis lacunas na compreensão das temáticas.

Ver o problema da saúde e não só parte do problema, encontrar soluções com sequência e rigor que os problemas exigem, foi o princípio que norteou todo o trabalho. As quatro sessões que se realizaram, tiveram propósitos diferentes, no seu conjunto correspondem à metodologia de planeamento em saúde na fase de execução. É de considerar que muito mais poderia ter sido transmitido, mas dadas as necessidades formativas referidas pensamos que seria mais vantajoso que os itens abordados ficassem bem consolidados.

Relativamente à forma como as sessões decorreram, se houve momentos muito prazerosos, também os houve em que nem tudo aconteceu como o planeado e causou alguns constrangimentos; as dificuldades prenderam-se sobretudo com a falta de condições das instalações para a formação, onde a maior parte das sessões decorreram, na sua maioria os locais correspondiam aos das aulas de desporto; não sendo os adequados foram os possíveis, mas apesar das limitações estruturais e conseqüentemente técnicas que se verificaram, nada foi impedimento para que os objetivos fossem atingidos.

No que diz respeito às consultas de enfermagem, não houve possibilidade de uma formalização das mesmas, apesar de nos termos disponibilizado para o efeito, facultando o contacto pessoal, pensamos que o pouco tempo de contacto pessoal não permitiu que tal acontecesse.

As consultas foram acontecendo quando tinham oportunidade de nos abordar e conversar e sem qualquer agendamento, na sua maioria sempre depois das sessões formativas, talvez tenha sido a estratégia mais adequada, em riqueza de conteúdos e de satisfação individual para cada um, com a desvantagem de não ser quantificável. Mas como enfermeiros temos que desenvolver as práticas fundamentadas na evidência científica, independentemente das estratégias necessárias para irmos ao encontro das necessidades das comunidades, mobilizando os parceiros.

O trabalho desenvolvido em 2014 foi gratificante e atingiu os objetivos propostos, haveria toda a pertinência de em 2016 perceber os seus resultados e a necessidade de lhe dar continuidade. Foi fundamental existirem e serem utilizados conhecimentos específicos adquiridos anteriormente, e aplicá-los nos conteúdos e na forma, para mais assertivamente se decidir se se iriam manter as mesmas estratégias, Se o grupo alvo se manteria na sua totalidade ou apenas representativo, tendo-se decidido que seria apenas representativo, devido aos calendários académicos.

Só com o conhecimento aprofundado dos contextos poderemos referir que a promoção é o caminho, que a educação para a saúde feita atempadamente por quem tem competência para o

fazer, utilizando a metodologias certa, com as estratégias adequadas conseguem-se obter resultados com qualidade, justificando o seu investimento, com resultados positivos e sociedades mais saudáveis.

Como análise objetiva e ao mesmo tempo crítica, somos levados a considerar que como profissionais ainda temos um longo caminho a percorrer na direção da autonomia. É um campo de areias movediças, temos cada vez mais que ter bem delineado o nosso campo de atuação, não podemos, nem devemos interferir em áreas que não sejam as da nossa competência, a não ser as da enfermagem. Tal como é referido na literatura que nos serviu de suporte na elaboração do projeto, intervenção e relatório.

Importa continuar a analisar criticamente o que se faz, o que é possível fazer e o que se deve fazer, de modo a redefinir as práticas e atitudes de enfermagem, que visem uma melhor enfermagem e, em particular, uma melhor enfermagem comunitária, sem adular a área de atuação

5 – CONCLUSÃO

A elaboração de um relatório é o culminar de um processo de aprendizagem, que teve muito de riqueza pessoal e profissional e seu conteúdo não se esgota no relatório. Este percurso académico no seu conjunto, permitiu-me desenvolver competências não só académicas, mas também profissionais e pessoais, que terão oportunidade de ser mobilizadas em qualquer contexto, porque comunidade diz respeito a todos os contextos em que a pessoa se insere.

Como é natural, o início de todos os processos de aprendizagem exige esforço: existem momentos bons e outros nem tanto, as dificuldades sentidas por a área da saúde pública não ser a de desempenho profissional, foram sendo ultrapassadas com o trabalho de equipa e colaboração de todos os envolvidos, em particular pelo professor orientador e o enfermeiro responsável pela UCC.

As sessões de educação para a saúde junto na comunidade sénior, mostraram-se experiências particularmente relevantes, como contributos para o aumento da capacidade de comunicação com a comunidade idosa, visando a sua formação para hábitos de vida saudáveis; como enfermeira especialista e futura mestre, importa continuar a analisar criticamente cada ato de enfermagem, de modo a criar novas práticas e atitudes de enfermagem que visem o bem-estar das pessoas e comunidades.

Os momentos informais como almoço convívio, a atividade lúdica Avós e Netos, proporcionaram uma relação de proximidade e merecem relevo pelo seu informalismo. O contexto promoveu a descontração necessária para que o diálogo surgisse de forma espontânea. Ser profissional de enfermagem, tem que ser muito mais que prestar cuidados de enfermagem curativa, só assim nos permitiremos considerar que percorremos o caminho mais acertado, contribuindo para existirem idosos felizes, mais saudáveis e com qualidade de vida. Cuidar é manter e preservar a saúde de todos os que nos são confiados profissionalmente.

Ao chegar ao término da elaboração deste relatório, como instrumento de reflexão e balanço das competências adquiridas e/ou aprofundadas, penso ser importante manter o espírito de pesquisa, de reflexão e inovação, de modo a implementar mudanças que contribuam para a excelência dos cuidados de enfermagem junto da comunidade, tendo sempre em conta as suas características. Consciente de que o caminho percorrido constitui o fim de uma etapa, mas também o princípio de uma nova forma de ver ser e atuar perante a saúde, individual e coletiva, de todas as comunidades onde esteja inserida.

Esta caminhada permitiu uma reflexão, que vai influenciar toda a minha atuação futura ao longo do meu percurso pessoal e profissional. A prestação dos cuidados de enfermagem tem sido baseada na aquisição de competências através da prática, no entanto a especialidade e mestrado em enfermagem comunitária permitiram-me compreender que a experiência da prática ao longo dos anos concorre para desenvolver habilidades tornando-nos peritos em diversas áreas. Há no entanto

que demonstrar que, é possível sermos mais que peritos. É possível irmos mais além, tornar-nos especialistas em enfermagem, especialistas estes que contribuem para o bem comum: saúde para todos independentemente dos contextos em que estejamos inseridos. Uma certeza, a enfermagem comunitária é uma área vasta, que inclui diversos papéis e contextos para os enfermeiros.

A seleção de estratégias demonstrou ser profícua no atingir dos objetivos. O resultado final é o pretendido. Tudo se ultrapassou e os objetivos do projeto e pessoais consideram-se atingidos. Trabalhar com e para a saúde, terá que ter da parte de todos os enfermeiros uma atitude de respeito para com os que nos são confiados.

BIBLIOGRAFIA

- Amendoeira, J. (2006). *Fontes e uso do conhecimento em enfermagem: a cooperação como estratégia*. I Transversalidade em educação e em saúde, ed. Gracinda Hamido; Helena Luís, Maria do Céu Roldão e Ramiro Marques, 219 - 228. ISBN: 978-972-0-34739-8. Porto: Porto Editora.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Modelos e teorias de Enfermagem. 5ª Edição, Lisboa: Lusodidacta.
- Afonso, L., Moreira, T., & Oliveira, A. (2014). Índices de adesão ao padrão Alimentar Mediterrânico. *Fatores de risco*, N°31, pág.: 48-55. Acedido em julho 2017, em https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1444920555dm_metodologias.pdf
- Ashraf, H. (2002). Older people must be on the health and development policy agenda. *The Lancet* Volume 359, nº 9314 p 1321 Abril 2002. Acedido em setembro 2016, em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08331-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08331-9/abstract)
- Bonita, R. & Kjellström, R. (2010). *Epidemiologia Básica*, 2ª ed. São Paulo: Editora Santos. Acedido em junho 2014, em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf
- Carvalho, A., Carvalho, G (2006). *Eixos de valores em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho, 2005. Acedido junho de 2017, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4647>
- Decreto-lei nº 238/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República nº38/2008- I Série* O Programa do XVII Governo Constitucional.
- Direção Geral de Saúde (2004a). *Envelhecimento ativo*. Acedido em junho 2016, em <https://www.dgs.pt/pág.inas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2004b). *Programa nacional de saúde das pessoas idosas*. Acedido em junho 2016, em <https://www.dgs.pt/directrizes.../circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2004c). *Programa nacional de saúde de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Acedido em julho 2017, <https://www.dgs.pt/.../publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude->
- Direção Geral de Saúde (2005). *Carta de Bangkok*. Acedido em maio 2017, em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-bangkok.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas*. Acedido em junho 2016 em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>

- Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes*. Acedido em julho 2017, em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>
- Direção Geral de saúde (2014). Programa nacional de acreditação em saúde, versão 2. Acedido em julho de 2017, em <https://www.dgs.pt/departamento-da...saude/.../manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- Direção Geral de saúde (2015). *Alimentação Saudável em Números*. Acedido em agosto 2017, em https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1459261323Relat%C3%B3rioPortugalAlimenta%C3%A7%C3%A3oSaude%C3%A1velemn%C3%BAmeros2015.pdf
- Direção Geral de saúde (2016). A saúde pública de hoje. Textos de Francisco George. Acedido em fevereiro 2017, em <https://www.dgs.pt/...geral/francisco-george/publicacoes-de-francisco-george.aspx>
- Empowerment Institute (2012). *Empoderamento da comunidade*. Acedido em junho 2017, em <http://www.empowermentinstitute.net/index.php/community/community-empowerment>
- Figueiras, M. (2008). A relevância dos modelos de senso-comum da doença para a adesão terapêutica. *Fatores de risco nº 11* pág.: 38-41. Acedido em Março 2017, em www.spc.pt/SPC/AreaCientifica/publicacoes/rfr/artigo.aspx?id=02f1r9orf
- Fone, S., & Lundgren-Lindquist, B. (2003). *Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65-85-years-old*. Disability and Rehabilitation, 25, 1044-1051. Acedido em junho 2016, em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638280310001596487>
- Fortin, M (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lisboa: Lusodidacta.
- Fortin, M; Chouinard, M., Bouhali, T., Dubois, M., Gagnon, C., & Bélanger, M. (2013). *Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care*. BMC Health Services Research 2013, 13:132. Acedido em junho 2017, em <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-132>
- Freitas, M. (2007). Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev Latino-americana Enfermagem* 2007. Julho-agosto; 15 (4). Acedido em janeiro 2017, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Greaves, J., Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126, 134-142. Acedido em setembro 2016, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16739619>
- ICN (2002). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão Beta 2. Genebra: International Council of Nurses. Acedido em agosto 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição Lisboa: Escola superior de saúde pública. Obras Avulsas.

- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald B (2014). *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Acedido em outubro 2016, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846614>
- Machado, M, M, P (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia Acedido em maio 2014, em [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20%20Repr](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf)
- Maldonado, T., & Canella, P. (2009). *Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde*. Editora Novo Conceito, Ltda.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edition. Library of Congress. USA. Acedido em junho 2014, em. <https://pt.scribd.com/doc/95310151/0135142776Neuman-Systems-Model-2C-5th-Edition-B>
- Neves, J., Caetano, A. & Ferreira, J. (2011). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Escolar Editora.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Acedido em julho 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/documents/cipe_adesaotratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Os Enfermeiros e o Empowerment em Saúde*. Acedido em junho 2016, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Pág.inas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em agosto de 2016, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Pág.inas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro especialista*. Lisboa: Acedido em setembro 2016, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Pág.inas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Lisboa Acedido em junho 2016, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2010.pdf
- Ordem dos enfermeiros, (2011). *O Planeamento em Saúde no âmago do desenvolvimento Comunitário*. Acedido em novembro 2017, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/Artigospublicadoimpressalocal/Pág.inas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>
- Ordem dos enfermeiros, (2011). *O Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa. Acedido em setembro 2016, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>

- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Rev. Nursing Edição Portuguesa*, nº267 Ano 201123, Lisboa, Mar/2011. - p. 8 - 15. - ISSN 0871-6196. Acedido em junho 2017, em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.WaMuxvqGPIU>
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido em junho 2015, em: <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. (2012). *Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao longo do Ciclo de Vida*. Acedido em outubro 2016, em : <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Pordata (2014). *Nível de escolaridade*. Acedido em abril 2014 em <https://www.pordata.pt/Site/PortugalHome.aspx?>
- Sakharova, V, Inzucchi, S. E. (2005). *Treatment of diabetes in the elderly: addressing its complexities in this high-risk group*. *Pós-graduaste Medicine*, vol 118, (5),19-26, 29. Acedido em junho 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16329527>
- Sousa, F., et al (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Revista de Saúde Pública*, 1-10. Acedido em Junho 2017 http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006460.pdf
- Schneider, R., & Irigary, T. (2008). *O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos biológicos e sociais*. Estudos de psicologia de Campinas. Acedido em agosto 2017, em: www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf
- Stanhope, M.,& Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ªed.) Loures: Lusociência
- Swanson, K.M (1991). *Desenvolvimento empírico de uma teoria de Médio Alcance*. USA. Acedido em junho 2016, em <http://www.watsoncaringscience.org/images/features/library/Empirical%20Development.pdf>
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (2011). *Uma teoria motivacional do desenvolvimento da vida útil*. *Revisão Psicológica*, 117 (1), 32-60. Acedido em Agosto 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2820305/>
- World Health Organization (1986). *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Canadá: Carta de Ottawa. Acedido em maio 2014 em <https://www.dgs.pt/pág.inas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986>
- World Health Organization (2002). *Envelhecimento ativo*. Acedido em outubro 2016 em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies Evidence for action*. Acedido em abril 2016, em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- World Health Organization (2004a). *Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. 57ª Assembleia Mundial de Saúde: Acedido em maio 2016, em <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/ebPortugues.pdf>
- World Health Organization (2004b). *Prevenção das doenças crónicas*. Acedido em setembro 2016 em http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf?ua=1

- World Health Organization (2008). *Cuidados de Saúde Primários Agora Mais que Nunca*. Acedido em maio 2014 em http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf
- World Health Organization (2010). *Declaração de Adelaide sobre a declaração em todas as políticas*. Acedido em junho 2016, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44365/4/9789248599729_por.pdf
- World Health Organization (2013). *Relatório mundial de saúde 2013*. Acedido em fevereiro 2016, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/26/9789248564598_por.pdf?ua=1
- Zalewski, K. (2007). Exploring Barriers to remaining physically active: a case report of a person with multiple sclerosis. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 31, 40-45. Acedido em agosto 2017, em <https://pdfs.semanticscholar.org/10dd/9778be6600471aaa0c639bbd68b808580520.pdf>

ANEXO I
Projeto de intervenção

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

MELHOR INFORMAÇÃO MAIS SAÚDE
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO
PROJETO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL



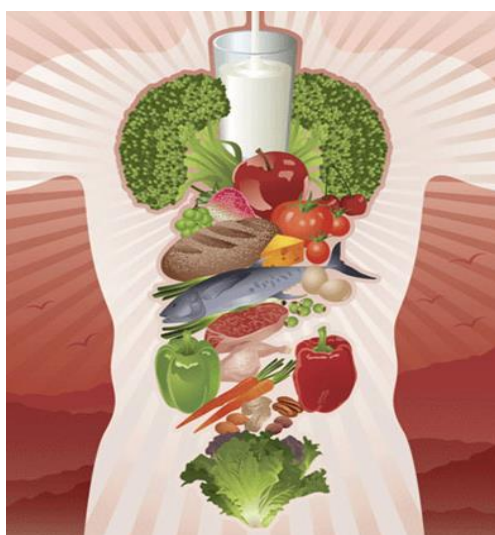
Autora:
Graça Teixeira

Santarém julho de 2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UC ESTÁGIO II E RELATÓRIO

PROJETO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

MELHOR INFORMAÇÃO MAIS SAÚDE
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO



Mestranda

Graça Teixeira N^o140431005

Orientadores:

Professora: Irene Santos

Enfermeiro: Paulo da Guia

Enfermeira: Salete Ferreira

Santarém julho de 2016

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DGS - Direção Geral de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

UC - Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO - world health organization

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO	9
2 – PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAR: A ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	15
3 – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	20
4 - NOTA CONCLUSIVA	21
BIBLIOGRAFIA	23

Melhor informação, mais saúde, adesão ao regime terapêutico

INTRODUÇÃO

É no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (CMEC) no ano de 2016, da Escola Superior de Saúde de Santarém, na Unidade Curricular (UC) de Estágio II, que surge o projeto individual de intervenção comunitária, onde o referido estágio irá decorrer, o seu início situa-se no Estágio II e relatório com o 4º curso de especialização em enfermagem comunitária (2014), na referida UCC de Almeirim.

Considerando que vivemos uma época de enormes desafios, e tendo a sociedade a consciência de que a população se encontra envelhecida, é indispensável a mobilização de todos os intervenientes e meios que existem ao seu dispor, para encontrar soluções, que deem as respostas específicas às necessidades da população em causa.

A crescente magnitude do fenómeno, a nível local e nacional, exige uma gestão eficiente dos recursos disponíveis, que são cada vez mais escassos, e em que o nível de cuidados deve ser mantido ou mesmo aumentado. Conseguindo **ganhos em saúde**.

Hipertensão e Diabetes são duas patologias crónicas com elevada representatividade na população portuguesa, às quais a comunidade de Almeirim também não está imune.

Foi neste âmbito que por sugestão do seu responsável, e por existir já um diagnóstico efetuado pela UCC; se decidiu intervir em 2014 e por o diagnóstico manter a sua pertinência e atualidade deu-se continuidade em 2016. O elevado número de novos casos de Tenções Arteriais e Glicémias elevadas na Classe de Gerontomotricidade da UCC.

O plano de intervenção será desenvolvido tendo em atenção o diagnóstico e a necessidade de intervenção sentida equipa da UCC, que desenvolve o projeto em parceria com a Camara Municipal de Almeirim. Um dos seus objetivos é “**Alimentação saudável, valores controlados, e desporto regular é igual a mais saúde**”.

A metodologia utilizada numa primeira abordagem será a de perceber a informação que cada grupo detém acerca de hipertensão e diabetes, medidas já adotadas, e só posteriormente efetuar sessões esclarecedoras, sempre com a grupos “restritos”, fazendo uso dos resultados obtidos promover a capacitação dos elementos da referida classe para uma alimentação mais saudável / toma da medicação prescrita. Para o facto serão utilizados: meios audiovisuais, folhetos, e divulgação em órgãos de comunicação local.

A par haverá momentos de esclarecimento de dúvidas e de partilha de conhecimentos e ainda atividades lúdicas envolvendo sempre os órgãos com representação a nível da comunidade, pretende-se a uma adesão efetiva.

Intervir em áreas prioritárias, permitirá diminuir as morbilidades associadas a estas patologias, bem como prevenir sequelas, e ainda reduzir o número de mortes evitáveis.

A nossa sociedade pauta-se por hábitos de vida sedentários, por “*maus*” comportamentos alimentares e por um aumento dos hábitos tabágicos.

O envelhecimento ativo constitui “um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (OMS, 2002 citada por DGS, 2004, p.3).

Ao longo do trabalho, serão feitas reuniões periódicas com os intervenientes na execução do projeto, a par de pesquisa bibliográfica. Os resultados obtidos serão transmitidos a todos os intervenientes e restante população, numa sessão para o efeito em colaboração com entidade local, com momento de convívio incluído.

Academicamente será elaborado/ complementado um relatório que será alvo de apreciação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Envelhecer faz parte de um processo, ao qual todo o ser humano está inevitavelmente associado. Porém, este fenómeno na sociedade atual tem um caráter de importância muito significativa, se socialmente estamos a envelhecer, é fundamental então que este processo não constitua um problema por si só.

Individual e socialmente todos temos muito a fazer, para que ser sénior não seja sinónimo de dependência, ou esteja associado a peso social e familiar, ou a inutilidade.

A OMS em 2002 definiu como meta para a primeira década do século XXI, o envelhecimento ativo, aplicável a todos os indivíduos e populações no sentido de promover o envelhecimento como experiência positiva, potenciando o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida.

A par, o desenvolvimento científico e tecnológico trouxe ao setor da saúde, meios de diagnóstico e terapêuticos que possibilitam uma intervenção precoce, por parte dos agentes de saúde, de forma a prevenir a doença e cultivar a qualidade de vida. Dando ênfase à promoção da saúde em detrimento do tratamento da doença, passando a existir uma cada vez maior responsabilização individual e coletiva das comunidades, na gestão dos seus processos de saúde.

É esta, a nova conceção de cuidados de saúde com substanciais ganhos em saúde para todos.

A promoção da Saúde é definida na Carta de Otava 1986, como 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 físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto 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.

Em sintonia com o princípio de empowerment (empoderamento), os objetivos de uma intervenção orientada pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária como promotor da saúde sénior, passa por ser o de atender sobretudo à perspetiva daqueles que são os principais interessados na intervenção, “os sénior” tendo estes que ser intervenientes ativos, em todas as etapas do planeamento e promoção da sua saúde. Este facto não pode pois ser descurado por um especialista e mestre em saúde comunitária.

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo, biológicos, endógenos, o ambiente os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperator e Giraldes, 1993). Ainda segundo os autores deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composto pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução) a execução e a avaliação

O diagnóstico em saúde constitui-se assim como o ponto de partida para intervenção na comunidade, esta etapa funciona como justificação das atividades a desenvolver junto da comunidade uma vez que intervenções aleatórias não potenciam os ganhos pretendidos e dissipam os recursos existentes.

O diagnóstico, consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde, que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades, permitem obter um conhecimento efetivo dos mesmos, pela aplicação dos critérios epidemiológicos métodos/técnicas científicas, que potenciam a participação ativa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde.

Orientando-nos pelo programa nacional para a saúde das pessoas idosas elaborado em 2004 pelo Ministério da saúde, que determina: *o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população.*

O referido programa refere na sua fundamentação que os últimos anos de vida são, muitas vezes, vividos em situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, seriam suscetíveis de prevenção.

Assim foi-me proposto intervir num diagnóstico de saúde já previamente elaborado pela UCC de Almeirim.

A elevada percentagem de pessoas com tensões arteriais e glicémia elevadas, (indicadores da presença de doença crónica), a quando da avaliação do seu estado de saúde para integrarem a Classe de Gerontomotricidade: *o facto surpreendeu a equipe de saúde da UCC e os próprios utentes, que desconheciam o facto.*

O controlo da situação representa um desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção a nível comunitário para a obtenção de respostas, que satisfaçam as necessidades específicas desta população. O diagnóstico efetuado carece de intervenção pela sua pertinência.

O tema foi sugerido pelo responsável da UCC, e por mim aceite, vir a ser este o projeto em que iríamos intervir: **Melhor Informação mais Saúde Adesão ao regime terapêutico. Que tem como objetivo geral:** Implementar o projeto de intervenção no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Para um melhor conhecimento da comunidade em causa, foi feita uma entrevista no dia 21 março 2014, a um dos responsáveis pela classe de gerontomotricidade, e que vem reafirmar a necessidade de intervenção na área do diagnóstico de enfermagem efetuado pela equipe da UCC. Em 2016 mantém-se o interesse demonstrado e as atividades desenvolvidas em 2016, serão as de continuidade do projeto de 2014.

Almeirim e toda a zona envolvente pauta-se por uma gastronomia rica, com características muito propícia a excessos, associado à cultura de “ comer bem “ ter o significado de ser abundantemente, não será difícil perceber que os indicadores de suscetibilidade de doença em causa tenham uma taxa elevada no grupo. Apresentando 50% dos séniors níveis de tensões arteriais considerados de hipertensão, 27% com índices de glicémias elevados e ainda 73% considerados obesos.

Os séniors em causa são caracterizados por serem um grupo muito heterogéneo, muito em função do local de residência e também das carreiras profissionais que desenvolveram, dado que na sua maioria são aposentados. Almeirim um meio mais citadino e população circundante meio mais rural.

O projeto será implementado em todas as localidades onde a classe de desporto existe, no caso sete localidades com 9 grupos: Almeirim e Benfica do Ribatejo com dois grupos cada, Fazendas de Almeirim, Tapada, Raposa, Marianos e Paço dos Negros com um grupo cada. O que corresponde um total na prática efetiva de desporto sénior de 228 praticantes. A população considerada população alvo é então de 228, maioritariamente do sexo feminino.

A metodologia a implementar no projeto de intervenção terá em linha de conta o padrão de escolaridade de cada população alvo e a patologia com maior significado. De forma a motivar para prevenir.

R. Bonita (2010) refere que sem maiores investimentos em prevenção estima-se que em 2030, o enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e diabetes serão responsáveis por 4 em cada 10 mortes entre adultos em alguns países” a mesma autora refere ainda: “é possível a prevenção em larga escala para estas doenças pois a maior parte das suas causas é conhecida, são as mesmas em todas as regiões em todos os grupos populacionais”. Um pequeno número de fatores de risco modificáveis explica a maior parte dos novos casos.

As intervenções baseadas na evidência e estimativas de custo-benefício estão disponíveis e são amplamente aplicáveis.

A hipertensão e diabetes são doenças crônicas, facto indiscutível. A doença crônica pode ser definida num sentido tradicional como um fenómeno objetivo, que se caracteriza pela alteração do funcionamento do organismo biológico, e é designada de crônica sempre que têm uma durabilidade acentuada, o seu peso tem crescido rapidamente em todo o mundo, sendo um desafio para a saúde pública e dado que as causas são geralmente conhecidas.

Há ainda a considerar que a prevenção primária e o controle são as melhores estratégias para a prevenção das modernas epidemias.

Ainda neste contexto, a WHO (2008) no seu relatório Mundial de Saúde dos cuidados de saúde primários, refere: agora mais do que nunca, o quanto é importante continuar a investir em estratégias dos cuidados, e faz referencia a Portugal como um bom exemplo a seguir pelos sucessos alcançados na melhoria e na saúde das populações

Para que se consiga dar uma resposta adequada á pessoa portadora de uma doença crônica, importa atender a que na gestão da patologia crônica, estão envolvidos fatores pessoais, comportamentais, sociais e económicos, que se cruzam com o ambiente em a pessoa vive.

Já em 2003 a WHO refere: as baixas taxas de adesão à terapêutica constituem hoje um dos grandes problemas de saúde no mundo face há elevada prevalência de doenças crônicas. Diversos estudos têm mostrado que a não adesão ocorre em pessoas de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos. A não adesão é uma resposta encontrada quer entre pessoas assintomáticas, sintomáticas, levemente doentes ou mesmo gravemente doentes.

Cuidar é complexo, tornar as coisas claras nítidas e precisas, é um desafio que se põe ao enfermeiro especialista e mestre, para que haja uma boa adesão à terapêutica medicamentosa ou não medicamentosa.

Se se considerar a enfermagem comunitária como uma síntese das várias especialidades da prática de enfermagem e da saúde pública, com o objetivo de promover e preservar a saúde da população, então o projeto pretende ir ao encontro dessas competências envolvendo a comunidade, parceiros comunitários, órgãos de comunicação UCC e entidades governamentais locais promotoras da saúde.

Com o Mestrado em Enfermagem Comunitária pretende-se promover a aquisição e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, nesta área do conhecimento em enfermagem, através da autoformação e da reflexão crítica sobre os cuidados prestados. Atendendo a que a Ordem dos enfermeiros (2010), em relação ao enfermeiro

especialista na área refere que as competências dizem respeito a estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base no planeamento em saúde e utilizando metodologia científica; a contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; a integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitários e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; e a realizar e cooperar na vigilância epidemiológica geodemográfica, irá fazer-se uso destes conhecimentos adquiridos em formação anterior.

A DGS refere a vigilância Epidemiologia como uma Função essencial de qualquer sistema de saúde pública como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a deteção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças.

A Direção Geral de Saúde (2004) estabelece no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, através do programa nacional para as pessoas idosas, três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores de autonomia e independência.

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde no seu Despacho n.º 6401/2016, estabelece como prioridade a promoção da saúde por parte da a Saúde Pública, sublinhando que para obter ganhos em saúde tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada e em conformidade com a OMS “Saúde 2020”. A DGS desenvolve, no seu do Plano Nacional de Saúde, programas de saúde prioritários as áreas: da Promoção da Alimentação Saudável; Promoção da Atividade Física; Diabetes.

A (ONU) e a (OMS) utilizam as categorias de pessoa idosa a partir dos 60 ou 65 ou mais anos e muito idosos com 80 e mais anos (WHO,1998;WHO, 2001; WHO 2002). Em Portugal o INE, considera pessoa idosa com 65 ou mais anos (2002, 2005, 2007, 2009, 2010). A definição adotada neste trabalho para pessoa sénior será a pessoa, que tem 55 ou mais anos. É importante dar-lhes resposta e continuidade pela atualidade do diagnóstico, e também para dar resposta a uma solicitação académica da Unidade Curricular (UC): Estágio II do Mestrado em Enfermagem Comunitária

2 – PLANO DE AÇÃO A IMPLEMENTAR: ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Área de intervenção: População Sénior Hipertensa e Diabética

População alvo: Pessoas com 55 anos ou mais anos do Concelho da Almeirim, **Da Classe de Gerontomotricidade Objetivo geral implementar o projeto de intervenção no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária**

Unidades de competência	Objetivos específicos	Estratégia de intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicadores de avaliação
G1.4- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados	-Sensibilizar a equipa multidisciplinar da UCC de Almeirim e órgãos dirigentes do desporto Sénior para a importância do projeto - Conhecer a população alvo	- Apresentação do projeto de intervenção na UCC e Câmara Municipal, entidade de referência local envolvida - Entrevista com informante chave da Câmara, e responsáveis da UCC, visando implementar o projeto - Realização de reuniões com o responsável da UCC, visando implementar o projeto	- UCC de Almeirim - Câmara de Almeirim	- Enfermeiros da UCC - Órgãos dirigentes / responsáveis do desporto Sénior - Professor das classes séniores - Vereador da Câmara	14- 21 Março 2014	-Propostas produzidas nas reuniões -Nº de intervenções estabelecidas para o projeto de intervenção
G1.4.6 Promove o trabalho em parceria no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções	-Sensibilizar equipa da UCC para a necessidade das reuniões periódicas quinzenais	-Realização de reuniões com a UCC para partilha e aferição da operacionalização do projeto de intervenção -Criação de momentos de discussão	- UCC de Almeirim	1- Enfermeiros da UCC	21-25 Março	-Documento produzido com as intervenções

Unidades de competência	Objetivos específicos	Estratégia de intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicadores de avaliação
<p>G1.1 - Procede à elaboração de diagnósticos de saúde de uma Comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os utentes portadores de Hipertensão e ou diabetes na população alvo - Conhecer a população alvo - Validar a necessidade de intervenção em cada grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta a ficheiros dos utentes, validando estatisticamente o problema - Contactar com utentes da classe de desporto. para disponibilidade para o projeto - Primeira sessão formativa Informação do diagnóstico obtido acerca das patologias e medidas que serão adotadas para o seu controle 	<ul style="list-style-type: none"> - UCC de Almeirim - UCC de Almeirim - Classes de desporto 	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoal informático da UCC - Professor das aulas - Enf^a Graça Teixeira 	<ul style="list-style-type: none"> - 25 Março a 10 de Abril - 10 Abril a 10 de Maio 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de utentes com diagnóstico das patologias em estudo - Nº de utentes que acederam a aderir ao projeto avaliando parâmetros do estado de saúde - Validar informação com necessidades expressas pelos utentes
<p>G2 - Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o aumento da consciencialização da doença por parte dos seus portadores e da importância da adesão à terapêutica medicamentosa/ alimentar 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões formais de promoção para a saúde e da importância da alimentação em todo o seu processo de doença /saúde - Reuniões informais com grupos restritos de utentes com a mesma patologia promovendo o diálogo para esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Classe de desporto 	<ul style="list-style-type: none"> - Enf^a Graça Teixeira 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de 28 de Abril e até 30 Maio 	<ul style="list-style-type: none"> - Validação da informação inicial / final detida por cada grupo - Taxa de adesão às reuniões iniciais e finais do ciclo

Unidades de competência	Objetivos específicos	Estratégia de intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicadores de avaliação
<p>G2.3 - Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Motivar para a mudança, adoção de novo modelo alimentar - Incentivar a prática de exercício físico adequada à idade e patologia como forma terapêutica de promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação em órgãos de informação locais das atividades a serem desenvolvidas - Efetuar segunda sessão formativa - Participar nas atividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Localidade da classe de desporto 	<ul style="list-style-type: none"> - Professor da classe - Classe de desporto - Enf^a Graça - Entidade local, Câmara 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de Maio e até fim de época escolar, 13 Junho 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar níveis de adesão à prática de exercício físico - Avaliar interesse manifestado na temática, pelas intervenções e dúvidas
<p>G2.2 - Integra nos processos de mobilização e participação comunitária conhecimentos de diferentes disciplinas, enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver a capacitação por forma a serem mais saudáveis / assertivos em relação às opções alimentares adotadas - Motivar a vinda de familiares para a adesão às sessões de esclarecimento como forma de promover a saúde em toda a família 	<ul style="list-style-type: none"> -Sessões de esclarecimento de dúvidas objetivas em relação à preparação de alimentos e de terapêutica face à patologia, adequando linguagem e método aos elementos da classe - Facultar folhetos com informação pertinente - Disponibilização de tempo para esclarecimento de dúvidas individualmente e família - Validar a toma correta da medicação prescrita 	<ul style="list-style-type: none"> - Localidade da classe de desporto 	<ul style="list-style-type: none"> - Professor da classe - Classe de desporto - Enf^a Graça - Entidade local, Câmara 	<ul style="list-style-type: none"> - A partir de Maio e até fim de época escolar, 13 Junho 2014 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar níveis de adesão à prática de exercício físico - Avaliar interesse manifestado na temática, pelas intervenções e dúvidas

Unidades de competência	Objetivos específicos	Estratégia de intervenção	Local	Recursos	Horizonte temporal	Indicadores de avaliação
<p>G3.1 - Participa na Coordenação promoção e implementação (...) G3.1.9- Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução dos programas de saúde</p>	<p>Avaliar a capacitação individual e de cada grupo da comunidade na promoção da saúde / adesão ao regime terapêutico medicamentoso e alimentar -Avaliar o impacto do projeto na Comunidade</p>	<p>Terceira sessão formativa - Reuniões com os grupos das classes introduzindo o carácter didático e inovador adequado à população em causa -Participar em convívio social com refeição</p>	<p>- Espaço público para convívio - Restaurante em Almeirim (Moinho de Vento)</p>	<p>Elementos da classe de desporto da Câmara Municipal - Enf^o Responsável Da UCC - Equipa multidisciplinar envolvida no projeto -Enf^a Graça Teixeira</p>	<p>- Final do Ano escolar 20 de Junho 2014</p>	<p>- Verificar Mudanças de hábitos alimentares - Registar progressos em relação a lacunas na terapêutica anteriormente existente - Avaliar com equipa multidisciplinar todo o trabalho desenvolvido e mais-valias em termos de saúde da população</p>
<p>G1.4.6 Promove o trabalho em parceria no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções</p>	<p>Contactar com a população alvo</p>	<p>-Participação na atividade UCC/ Camara “ Avós e Netos”</p>	<p>-Almeirim “Parque Zona Norte”</p>	<p>Folheto elaborado para o efeito</p>	<p>Dia 26 julho 2016</p>	<p>-Adesão da população Sénior e jardins-de-infância de Almeirim e zonas limítrofes</p>

<p>G3.1 - Participa na Coordenação promoção e implementação (...)</p> <p>G3.1.9-Analisa,interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução dos programas de saúde</p>	<p>-Avaliar impacto do projeto na comunidade</p>	<p>.Reunião com as das classes introduzindo o carácter didático e inovador adequado à população em causa</p> <p>Participar em ação de sensibilização da população</p>	<p>Local de aula das classes</p> <p>Espaço público para convívio</p>	<p>Equipe multidisciplinar envolvida no projeto</p>	<p>Dia 14-19 de novembro o 2016</p> <p>Dia 20 De NOVEMBRO 2016</p>	<p>Verificar mudanças de hábitos alimentares</p> <p>-Registrar variação na adesão ao desporto</p> <p>-Registrar progressos em relação a erros alimentares e terapêutica anteriormente existente.</p> <p>-Avaliar com equipa multidisciplinar o trabalho desenvolvido e mais-valias em termos de saúde da população abrangida pelo projeto.</p>
--	--	---	--	---	--	--

4 - NOTA CONCLUSIVA

A elaboração de um projeto prevê um conjunto de objetivos que nos propomos alcançar num determinado tempo.

Este projeto tem objetivos, que no seu conjunto, se propõem contribuir para uma maior consciencialização e capacitação da importância da Alimentação, e toma da terapêutica medicamentosa, na preservação da saúde que se tem, que queremos manter ou até melhorar.

Tendo consciência do interesse que projeto pode ter para a comunidade em causa, e ao me propor ser mestre em saúde comunitária, conseguir que um grupo significativo de pessoas se motive para a mudança e que a mesma seja efetiva, tem dificuldades; as quais tentaremos superar com o envolvimento de todos os intervenientes.

Não deixo de considerar que numa região com o hábito de “comer em demasia”; e muitas vezes exatamente o fruto proibido, a adesão, não vai ser fácil. Contudo cabe-nos como futuros mestres em enfermagem comunitária, e ainda elementos ativos da sociedade tudo fazer para que o resultado seja o desejado.

Devo ainda ressaltar que o projeto estará sujeito a alterações programáticas, devido ao número de pessoas e entidades envolvidas com as subseqüentes dificuldades na conciliação de horários e devido às limitações em tempo. Mas tudo será constituído para que os objetivos sejam atingidos.

Melhor informação e mais saúde pela adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso.

Sem sermos demasiado ambiciosos gostaria de pensar que este pode ser o início de um caminho a percorrer por toda a comunidade da UCC de Almeirim no sentido de se ter uma sociedade em que se viva mais e melhor, e que os resultados assim o venham a demonstrar.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, C (2006). A saúde como projeto individual, dinâmico, Contínuo e subjetivo
Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&listar_tudo=yes#article224
- Bonita, R. e Kjellström, R(2010). *Epidemiologia Básica*, 2ª edição
São Paulo: Editora Santos
- Comissão Europeia (2013). Compreender as políticas da União Europeia:
Saúde pública. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia
Disponível em: http://europa.eu/pol/index_pt.htm
- Diário da República, 2.ª série (2016) N.º 94. *Despacho n.º 6401/2016 16 de maio*
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa nacional de saúde das pessoas idosas*.
Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2011-2016* – Consultado a 25 de
julho de 2016, Disponível em: <http://pns.dgs.pt>
- Direção Geral da Saúde. (2011) *Vigilância Epidemiológica*. Consultado em 24 de julho
2016 Disponível: <http://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). *Alimentação Saudável em números* – Consultado em 25
de julho de 2016.
Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2013.aspx>
- Dias, M. & Castro, S. (2011). *Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão
da Literatura*. Millenium, 4,201-219.
- European Commission (1999). *Reconciliation of Work Life and The Quality of Care
Services Employment and Social Affairs*". Bruxelas: Comissão Europeia.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição)
Lisboa: Obras Avulsas
- Mendes, M.L.S (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença Crónica Dissertação de
Mestrado em Sociologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal* Disponível em:
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/953/2/Tese%20Mestrado.pdf>
- Ordem dos enfermeiros, (2011) **O Planeamento em Saúde no âmbito do
desenvolvimento Comunitário** Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/sEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

Organização Mundial de Saúde (2002).

Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo.aspx>

Organização Mundial de Saúde (2004). *Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 57a Assembleia Mundial de Saúde: Who*

Ottawa, (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Canadá: Carta de Ottawa. Disponível em

http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec_Ottawa.htm

Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento ativo*

Disponível em: <http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo.aspx>

Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (1ª edição) Loures: Lusociência

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapy: evidence for action*.

Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs>

World Health Organization (2008). *Cuidados de Saúde Primários Agora Mais que Nunca*. Relatório Mundial de Saúde.

Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

ANEXO II
Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO AOS INFORMANTES CHAVE
PROJETO "UM ENVELHECIMENTO ATIVO"

Informante-chave (Prof.)

Data _____

Local

Esta entrevista destina-se, a aprofundar a análise de situações de saúde e doença no contexto do projeto de intervenção e promoção da saúde: "UM ENVELHECIMENTO ATIVO", no âmbito do 4º Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Tendo como principal objetivo: **Intervir no âmbito da Prevenção, Proteção e Promoção da Saúde, da População Sénior de Almeirim**

Gostaríamos ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas relativamente às informações que nos forem transmitidas.

Terá aproximadamente a duração de 30 min

A aluna

Graça Teixeira

ANEXO III

Plano das sessões de educação para a saúde

Quando nº 2 - Plano das sessões de educação para a saúde

<u>Sessões de educação para a saúde</u>	<u>Objetivos</u>	<u>Tema</u>	<u>Observações</u>
<u>1^a</u> Apresentação dos resultados	Apresentação dos resultados do rastreio de saúde UCC.	Clarificar diagnósticos de saúde. Transmitir como se relacionam os resultados com as patologias.	Replicada em 9 sessões
<u>2^a</u> Mais vida mais saúde	Implementar o plano. Solicitar preenchimento posterior de ficha de avaliação das temáticas dadas.	Doenças crónicas, obesidade e hipertensão. O que comer? Que quantidades comer? Quando comer? Como tomar e quando tomar os medicamentos? Promover a atividade física	Replicada em 9 sessões
<u>3^a</u> Almoço convívio	Esclarecimento de dúvidas individuais. Perceber se as temáticas abordadas foram corretamente apreendidas Avaliação	Quais as opções mais adequadas? Como conviver sem cometer excessos?	Sessão única
<u>4^a</u> Reencontro	Relembrar de temáticas Avaliar conteúdos Avaliar o que mudou em relação a 2014 Indicadores de resultados	Presença da Doença crónica, obesidade e hipertensão O que comer? Que quantidades? Quando comer? Como tomar e quando tomar os medicamentos? Promover a atividade física	Duas sessões

ANEXO IV

Gráficos de dados da primeira sessão de educação para a saúde

DADOS DA PRIMEIRA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gráfico nº 5 - Distribuição por género

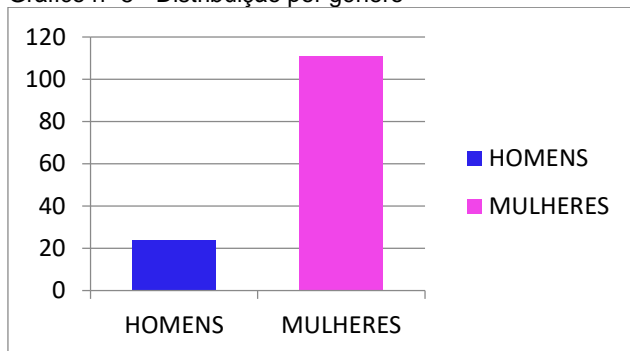


Gráfico nº 6 - Respostas obtidas

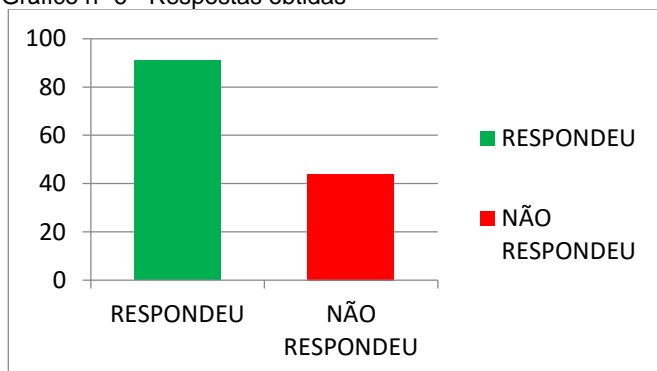


Gráfico nº 7 - Temática alimentação

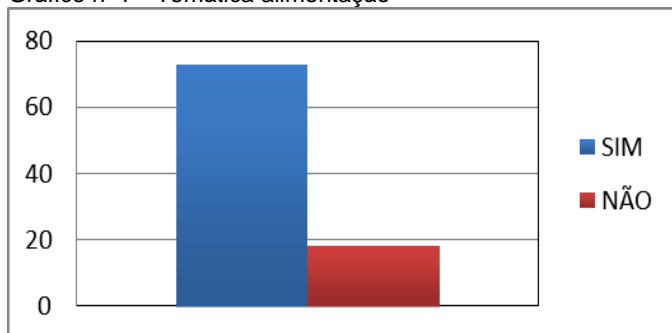


Gráfico nº 8 - Temática: Terapêutica

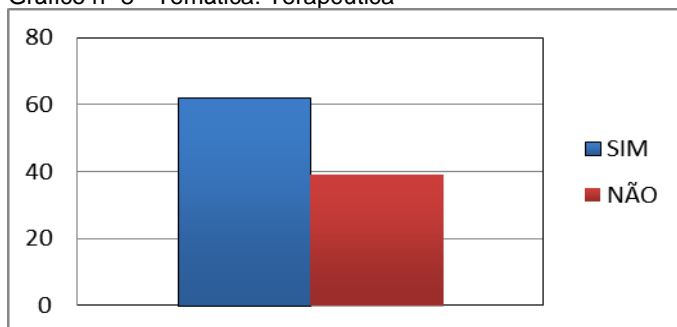


Gráfico nº 9 - Ter ou não Médico de família

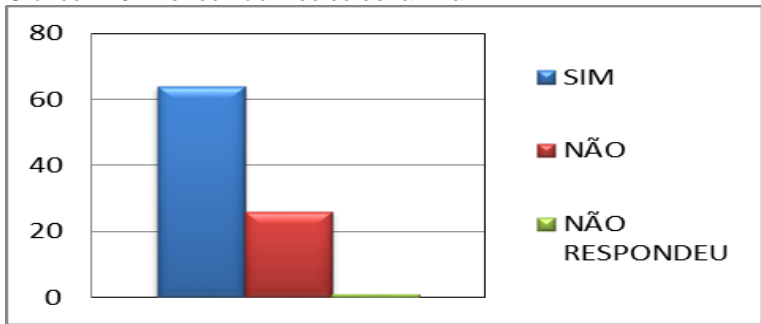


Gráfico nº 10 - O conhecimento dos dados foi importante

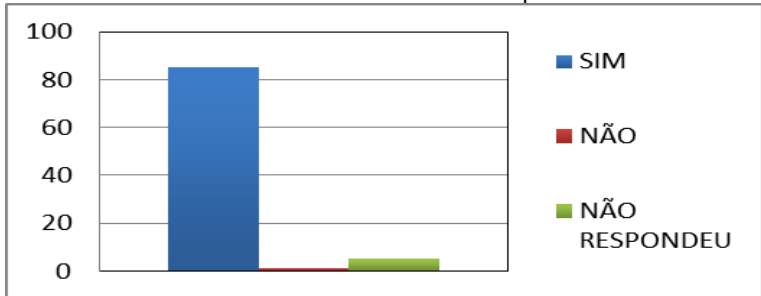
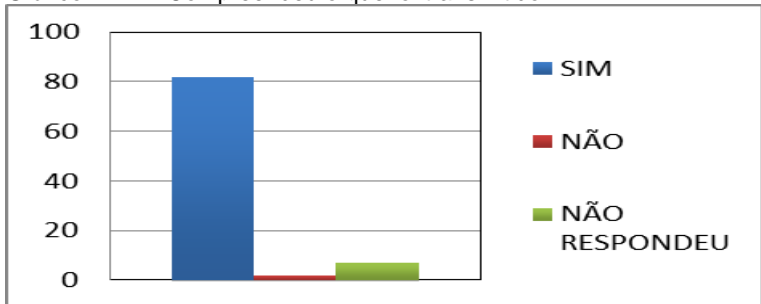


Gráfico nº 11 - Compreendeu o que foi transmitido



ANEXO V

Protocolo JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM
6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO
ANO LETIVO 2015/2016

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Aluno

Graça Teixeira

Nº 140431005

Santarém novembro 2016

Title

1 Melhor informação mais saúde, adesão ao regime terapêutico.

2 Better information more health, adherence to the therapeutic regimen.

1IPSSS, Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal

2 Polytechnic Institute of Santarém - School of Health Sciences, Portugal

Corresponding author:

Aluno: Graça Teixeira

Email: gracamariateixeira@gmail.com

Review question/objective

Que intervenções de Enfermagem a desenvolver ao nível da promoção da saúde para adotar hábitos de vida saudáveis na doença crónica?

Compreender a importância da informação na adesão ao regime terapêutico.

Background

As temáticas consideradas mais significativas, emergem do trabalho de projeto previamente elaborado, têm por base, o pensar a enfermagem neste contexto e o papel desempenhado pelo enfermeiro nesses mesmos contextos.

Ao pensa-los para os definir percebe-se que estão intimamente ligados/interligados. Contudo percebê-los e desconstruí-los é fundamental. Considerando que os saberes utilizados pelos enfermeiros não só lhes permitem clarificar melhor as áreas de autonomização, como permitem desenvolver processos identitários mais consentâneos com a dinâmica que caracteriza hoje a profissão (Amendoeira 2006), Os conceitos considerados foram:

- 1 - Ser enfermeiro de saúde comunitária
- 2 - Envelhecimento ativo
- 3 - Adesão à terapêutica
- 4 - Promoção da saúde
- 5 - Motivação em saúde
- 6 - Doença crónica e o desporto sénior de Almeirim

7 - Saúde e o desporto sénior de Almeirim

1. - SER ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária têm de ter competência para discernir e decidir quais são as estratégias mais adequadas a implementar para conservar e melhorar a saúde e o bem-estar ao longo de todas as etapas da vida; devem desenvolver programas de promoção da saúde; planejar intervenções, tendo por base postulados, valores e elementos. Os postulados constituem o 'como', os valores o 'porquê', e os elementos o 'quê'.

É ao considerar todas as competências como Enfermeiro Especialista assinaladas pela OE, que se propôs dar continuidade em 2016 ao projeto implementado em 2014 na classe de desporto sénior da Câmara de Almeirim,

2- ENVELHECIMENTO ATIVO

Segundo a OMS (2002), envelhecimento ativo é uma forma de tirar o melhor partido das as oportunidades de saúde, de participar na sociedade e na segurança e ainda de melhorar a qualidade de vida à medida que se vai envelhecendo. E definiu como meta para a primeira década do século XXI, o envelhecimento ativo, aplicável a todos os indivíduos e populações para promover o envelhecimento como experiência positiva, potenciando o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida.

Daí que, o desafio no combate às doenças crónicas colocado à Europa, e no nosso caso particular a Portugal, ultrapasse largamente o sector da saúde, porque muitos dos determinantes da saúde se encontram fora do âmbito de atuação direta dos sistemas de saúde. Tornando-se fundamental a existência de estratégias transversais a toda a sociedade.

A saúde e o bem-estar Envelhecer faz parte da vida de todo o ser humano, ao qual se está inevitavelmente associado. Porém, este fenómeno na sociedade atual tem um carater de importância muito significativa, se socialmente estamos a envelhecer, é fundamental que este processo não seja tão-somente um problema podem ser modificáveis e potenciados, com ganhos substanciais em saúde, através do investimento na promoção da saúde e condição física ao longo da vida.

A independência da pessoa idosa diz respeito, também, à manutenção da capacidade de tomada de decisão por si próprio e pela sua vida, tendo em consideração o seu estilo de vida e a necessidade de cuidados. Esta capacidade de autonomia está associada com o envelhecimento saudável (Schulz e Heckhausen, 1996).

3 - ADESÃO À TERAPÊUTICA

Diversos estudos têm mostrado que a não adesão ocorre em pessoas de todas as idades, classes sociais e grupos étnicos, a não adesão é uma realidade transversal a todos os processos de doença, sintomáticos, não sintomáticos e até mesmo gravemente doentes. Já em 2003 era referido pela WHO que as baixas taxas de adesão à terapêutica, eram um dos grandes problemas de saúde no mundo face há elevada prevalência de doenças crónicas.

Cabe-nos como Enfermeiros Especialistas sermos os parceiros efetivos e não apenas os de recurso, no planejar direta e individualmente com as pessoas, famílias e comunidade essa adesão, ajudando-os a integrar os diferentes itens do seu regime. Promover as alterações de comportamentos necessária por forma a ser desenvolvido o «empowerment» através de uma participação ativa, na tomada de decisão para a autogestão da doença e suas complicações.

4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

O aumento exponencial de idosos, nas populações europeias apresenta grandes desafios à saúde, quando antevemos que uma pequena parte da população terá que suportar todos os custos com a saúde, assistência social e reformas. Mesmo assim, esses desafios não podem ser considerados insuperáveis.

Assim, de acordo com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, e pela natureza dos cuidados que presta, ao adotar uma abordagem sistémica nos seus diferentes níveis de prevenção, e ao atuar em complementaridade com outros técnicos está a ir ao encontro dos postulados de Betty Neuman, definidos no seu modelo Sistémico.

A manutenção da saúde na população idosa poupa recursos económicos que podem ser utilizados para outras necessidades a sua promoção deve ser o elemento central no desenvolvimento das políticas de saúde (Ashraf, 2002).

O Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas elaboradas em 2004, pelo Ministério da saúde determina que o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida. Se não existir mais investimento em prevenção, estima-se que em 2030, o enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e a diabetes sejam responsáveis por quatro em cada dez mortes entre os adultos de alguns países, (Bonita, 2010). A prevenção em larga escala para estas doenças é possível porque a maior parte das causas bem conhecidas e, são as mesmas em todos os grupos populacionais e é um pequeno número de fatores de risco facilmente modificáveis que, faria a diferença quando se fala de

novos casos. Para que se consiga ter uma adesão adequada, por parte da pessoa portadora de uma doença crónica, importa não esquecer que na gestão da doença, estão envolvidos vários fatores pessoais, comportamentais, sociais e económicos, que se conjugam com o ambiente em a pessoa vive, e onde a epidemiologia também tem um papel a desempenhar. Em sintonia com o princípio de «empowerment», como promotores da saúde sénior, tem que atender sobretudo a perspetiva daqueles que são os principais interessados na intervenção, os próprios Séniores, e estes têm que ser intervenientes ativos, em todas as etapas do planeamento e Promoção da sua saúde.

5- MOTIVAÇÃO EM SAÚDE

Para que tudo aconteça de forma positiva há um fator que tem que estar presente: a motivação.

Em todos os grupos populacionais, a alimentação é assumida como uma atividade de grande significado social e fundamental para a: saúde, independência, qualidade de vida, felicidade e bem-estar. As pessoas diferem entre si não só no que as motiva, mas também as suas próprias motivações individuais variam ao longo do tempo, e nem sempre agem coerentemente com as suas necessidades, (Neves, Caetano e Ferreira 2011)

Referindo as teorias de conteúdo (Neves, Caetano e Ferreira 2011), os indivíduos possuem necessidades interiores, essas necessidades são uma fonte de energia para adotar um determinado comportamento que induz à ação, com uma mudança de comportamentos a título individual.

Consideramos que o conhecimento dos factos, e o que eles representam para a saúde individual e social de cada um, pode ser o elo de ligação para que; a motivação, além de existir individualmente seja extensível a todos com quem se está envolvido socialmente.

Para se mudar tem que se estar motivado e ter objetivos bem definidos, pois a motivação é um impulso que faz com que as pessoas ajam para atingir esses seus objetivos. (Neves, Caetano e Ferreira 2011)

6 - DOENÇA CRÓNICA E O DESPORTO SÉNIOR DE ALMEIRIM

O surgir de uma doença crónica, pode quebrar modos de vida do indivíduo, ao interferir com o seu envolvimento em atividades valorizadas e de grande interesse. Daí, que o

cuidado integral à pessoa portadora de uma patologia crónica deve compreender aspetos psicossociais e culturais.

Educar para desmistificar, constitui uma premissa que muitos estudos mostram, a educação é considerada a base para a construção do autocuidado consciente, a prevenção de complicações e subseqüentemente a melhoria da qualidade de vida.

Hipertensão e diabetes são doenças crónicas, de causas conhecidas e o seu «peso» tem crescido rapidamente em todo o mundo, sendo um desafio para a saúde pública. Exigem o uso de terapêuticas de forma segura e controlada, no entanto assiste-se a grandes dificuldades na adesão, o que constitui hoje um dos grandes problemas de saúde no mundo face há elevada prevalência de doenças crónicas (WHO, 2003).Dai a necessidade de uma intervenção eficaz.

Condições crónicas de saúde são responsáveis por 60% de todos os episódios de doenças no mundo, sendo que, a hipertensão é a doença cardiovascular que mais frequentemente leva os idosos ao hospital (Thomas, e Rich 2006). Segue-se a diabetes Mellitus como doença crónica, também com elevada incidência nos idosos, afeta mais de uma pessoa em cada cinco e compromete na globalidade o seu estado funcional (Sakharova e Inzucchi, 2005).

A Câmara Municipal de Almeirim, que inspirada no Desporto Para Todos e na Promoção da Qualidade de Vida, proporciona aos Municípes Séniors de todas as freguesias do concelho a prática de atividade física regular e orientada de forma gratuita. A sensibilização para os efeitos benéficos de um estilo de vida ativa ao nível físico, as experiências lúdicas e desportivas que oferece, diz muito da sua filosofia assertiva – «Queremos Séniors jovens, positivos e saudáveis».

7 - SAÚDE E O DESPORTO SÉNIOR DE ALMEIRIM

Ao indagarmos o diagnóstico prévio efetuado pela equipe da UCC de Almeirim na área do desporto sénior, aquando do início do ano escolar, «O elevado número de novos casos de hipertensão e Glicémias elevadas na Classe de desporto sénior da Câmara Municipal de Almeirim», concordou-se que havia necessidade de intervir.

Tornou-se quase um lugar-comum afirmar que, o mundo evolui rapidamente exigindo aos seres humanos um esforço de adaptação constante. Nada mais verdade.

Então, também todos os profissionais de saúde devem ter um objetivo comum: conservar e melhorar a saúde e o bem-estar ao longo de todas as etapas da vida nas comunidades que lhe estão confiadas.

É sabido que, as políticas que permitam desenvolver ações mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, permitem minimizar

custos, evitar dependência. Aumentam os níveis de saúde quando atuam no sentido da prevenção da doença e promoção da saúde. Teve-se sempre presente que, nesta comunidade o convívio com amigos é sempre sinónimo de petisco, não esquecendo que Almeirim é uma zona onde «comer bem» significa «comer excessivamente» e sobretudo alimentos considerados proibidos. O contexto por si só justifica os resultados obtidos, relativamente ao número de pessoas hipertensas e diabéticas, a riqueza gastronómica da região combina na perfeição com os diagnósticos de saúde.

Keywords

nurs*,. Chronic disease, Health promotion, Autonomy

Inclusion criteria

Pessoa com doença crónica: hipertensão, IMC elevado, glicemias elevadas

Types of participants

Pessoas com Idade superior a 45 anos.

Types of intervention of interest

Intervenções de Enfermagem a ao nível da promoção da saúde

Types of outcomes

A adoção por parte dos Séniores de hábitos de vida saudáveis, de modo a adquirir maior autonomia e empowerment face à doença crónica

Types of studies

Quantitativos e ou qualitativos, descritivos

Search strategy

A pergunta enunciada foi: Que intervenções de Enfermagem a desenvolver ao nível da promoção da saúde para adotar hábitos de vida saudáveis na doença crónica, de modo a adquirir maior autonomia?

Tendo por base a pergunta PICO efetuada foi elaborado um protocolo de pesquisa onde foram definidos critérios de inclusão e exclusão. A síntese das evidências dos estudos resulta da sua combinação, avaliação e exploração.

As palavras-chave definidas de acordo com esta metodologia foram submetidas a verificação através da MESH BroWser, onde foram validados como descritores no dia 10-10-2016, as 20h50 min e hierarquizados da seguinte forma:

1. nurs*
2. Chronic disease
3. Health promotion,
4. Autonomy

Foram pesquisados artigos científicos publicados em texto integral, no período compreendido entre setembro 2011 e setembro 2016. A pesquisa foi realizada com cada palavra individualmente e cruzadas entre si, duas a duas, três a três e as quatro, utilizando o booleano AND e os seguintes limitadores de pesquisa: (Appendix II, pag 25)

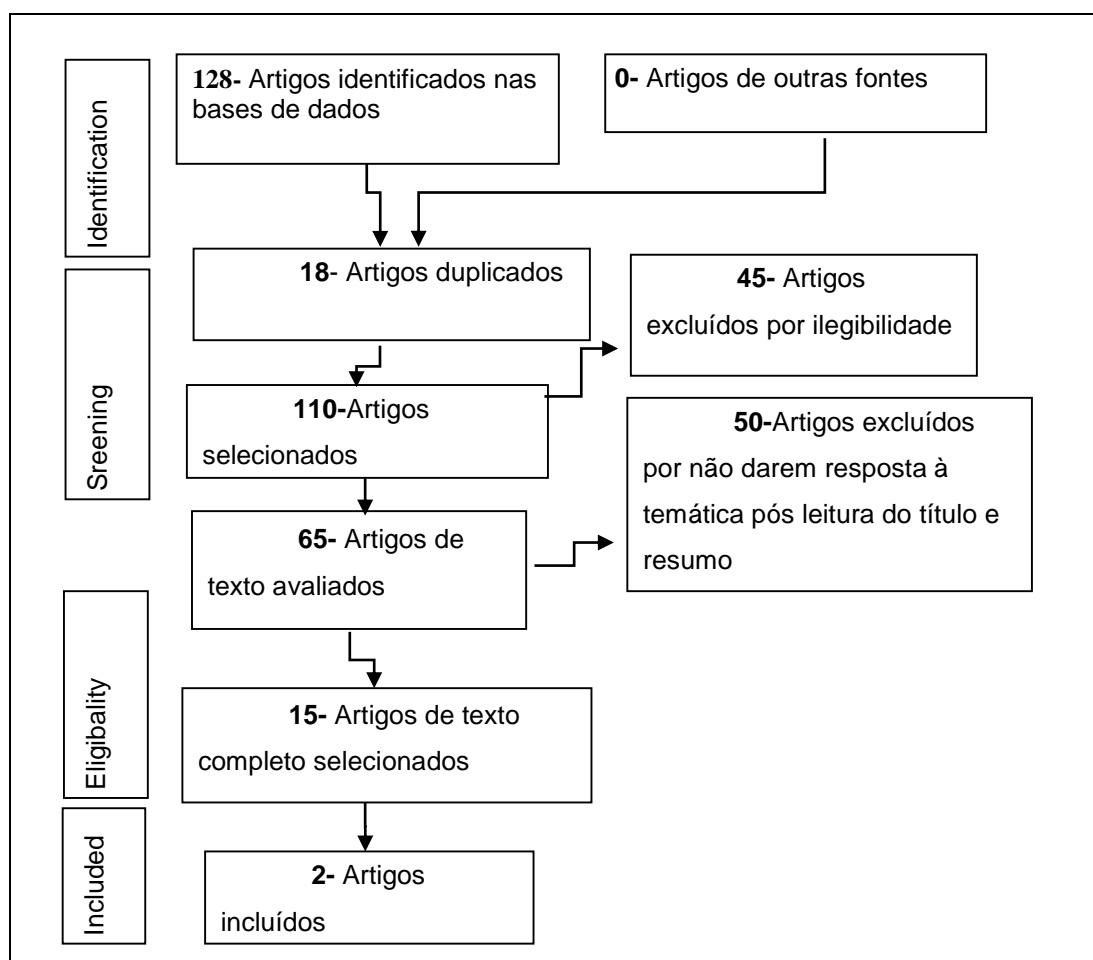
- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Artigo de pesquisa
- Qualquer autor é enfermeira
- Pacientes com alta
- Humano
- Adultos com mais 45 anos
- Texto completo pdf
- Ano de publicação 2011-2016
- Referências disponíveis

The databases to be searched include:

- Plataforma : **Ebsco** CINAHL complete ;Medline complete Cochrane database of systematic reviews; Mediclatina
- National Library of Medicine (**PubMed**)
- Saude & Medicina (**ProQuest**)

O quadro de pesquisas encontra-se expresso no Prisma:

PRISMA 2009 FlowChart (Reveries Manual 2014)



From: MoherD, Liberati A, TetziaffJ, Altman DG, Yhe PRISMA Group(2009). Preferred Reporting Itens for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA Statement. PLoSMed6(6): e1000097. DOIS: 10.1371/jornal.pmed10000097www

Assessment of methodological quality

Dos 128 estudos identificados 18 foram rejeitados por se encontrarem duplicados. Dos 110 artigos selecionados, 45 foram rejeitados por ilegibilidade e 65 foram avaliados. Dos 65 avaliados 50 foram excluídos por não darem resposta à temática, tendo sido selecionados 15 artigos.

Dos 15 artigos e pós leitura do texto integral verificou-se que apenas três se destacaram, em face da pergunta PICO, destes foram selecionados dois por serem os que correspondiam à pergunta e objetivo da Revisão Sistemática da Literatura, tendo em conta as palavras-chave selecionadas.

Artigo nº 1 Perceptions of Portuguese family health care teams regarding the expansion of nurses scope of practice. Temido, Marta Alexandra Fartura Braga; Craveiro, Isabel; Dussault, Gillles

Artigo nº 2- A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa . : Katherine Murphy, Thandie Chuma, Caterine Mathews, Krisela Steyn e Naomi Levit, Ano 2015.

Na avaliação metodológica dos dois artigos selecionados foi usado o instrumento JBI- O QARI

Tendo sido cumpridos todos os pressupostos inerentes aos estudos, estando explicita a metodologia utilizada e os resultados encontrados, referidas limitações e conclusões

Data extraction

A extração de dados foi feita nos dois estudos, identificados como

Artigo 1 Grupo focal – estudo qualitativo (Apendix I)

Artigo 2 Realizadas entrevistas - Estudo qualitativo. (Apendix II)

Artigo 1- Efetuadas Entrevistas semi estruturada gravada ou escrita a enfermeiros e médicos das USF do modelo B de cada uma de cada uma das cinco ARS de Portugal Total de 41 profissionais enfermeiros e médicos em que 62% são mulheres destes 56% eram médicos. Do grupo dos enfermeiros 47%, 11% eram especialistas. Grupo etário dominante 41-45 anos. Contexto USF do modelo B em equipas de saúde familiar

A colheita de dados foi realizada tendo em consideração o grau de autonomia das USF. Feitas entrevistas semiestruturadas com um guião que incluía um tema e um warm-up.

O registo das entrevistas foi feito maioritariamente através de gravação nas próprias instalações das USF, quando não foi possível a gravação o seu registo foi escrito. Posteriormente todos os resultados foram transcritos na íntegra; e analisados de acordo com o método de análise de conteúdo. (Bardin 2007). O tratamento dos dados foi efetuado manualmente pesquisando-se a perceção das equipas em relação ao tema em estudo.

Artigo 2. Realizadas entrevistas a 21 doentes hipertensos e ou diabéticos de baixo status sócio- económico. Cidade do Cabo na África do Sul.

Total de 16 mulheres e 6 homens, faixa etária entre os 30 e 75 anos Com um procedimento para a amostragem por critérios para a sua seleção, com diagnóstico de diabetes ou hipertensão nos últimos 10 anos, mas com mais de 3 meses de diagnóstico.

O contexto em Centros de saúde comunitários que prestam serviços de saúde primários gratuitos, a seleção das clínicas foi da responsabilidade da direção do departamento de saúde da Cidade do Cabo Província de Western Cape Feita

A colheita de dados foi realizada através de entrevistas individuais em ambiente clínico a pessoas capazes de se comunicarem na língua Inglesa, utilizado um cronograma como garante de que os principais tópicos relacionados com os objetivos do estudo seriam abordados durante a entrevista. Utilizado também um breve questionário para obter informações meramente demográficas.

Efetuada a transcrição na íntegra de todas as entrevistas e análise de conteúdo qualitativa.

Data synthesis

Artigo 1 - A atribuição de papéis clínicos mais vastos aos enfermeiros não reúne unanimidade. Pelo artigo é notório que a atribuição de novos papéis no âmbito da enfermagem aos enfermeiros será o caminho. **Há que criar condições para que tal aconteça, salvaguardando que serão papéis de enfermagem e de complementaridade, nunca de substituição.**

Há um mundo de necessidades de cuidados de enfermagem na comunidade, por satisfazer ao qual a enfermagem tem capacidade de dar resposta

As especializações fornecem as competências para tal

Artigo 2- O estudo contribuiu para a compreensão de que a maioria dos doentes hipertensos e diabéticos desejam uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde para o empoderamento no seu autocuidado.

Mas para que as mudanças necessárias sejam efetivas são necessárias mais ferramentas e recursos para uma ajuda efetiva aos pacientes, por forma a tornarem-se parceiros eficazes nos seus próprios cuidados.

Deve ser adotada uma abordagem centrada no paciente.

Os provedores dos cuidados precisam de ser bem apoiados não só por políticas, mas também por mudanças organizacionais.

Conflicts of interest

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar

RESUMO DOS ESTUDOS ANALISADOS

Artigo nº - 1

Título	Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo do exercício da enfermagem
Autor	Marta Alexandra Fartura Temido, Isabel Craveiro, Gilles Dussault
Publicação/Ano	Rev. Enfermagem Referência. Série IV- Nº 6 Páginas 75-85
Objetivos do estudo	Conhecer a perceção das equipas de cuidados saúde primários portuguesas, no alargamento das suas competências/ exercício da enfermagem na comunidade
Desenho do Estudo/ Material e métodos	Grupo focal – estudo qualitativo Entrevista semiestruturada gravada ou escrita a enfermeiros e médicos das USF do modelo B de cada uma de cada uma das cinco ARS de Portugal
População/Amostra e Participantes/Contexto	Total de 41 profissionais enfermeiros e médicos em que 62% são mulheres destes 56% eram médicos. Do grupo dos enfermeiros 47%, 11% eram especialistas. Grupo etário dominante 41-45 anos. Contexto USF do modelo B em equipas de saúde familiar
Colheita de dados/Tratamento e análise	<p>A colheita de dados foi realizada tendo em consideração o grau de autonomia das USF. Feitas entrevistas semiestruturadas com um guião que incluía um tema e um warm-up.</p> <p><i>1- Portugal foi um dos países que apoiou o compromisso de apoiar a criação do enfermeiro de família Em 2014 foram estabelecidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família visando a melhoria da resposta às necessidades em saúde.</i></p> <p><i>2- Já na década de 80 no Reino Unido, foi conduzido um projeto piloto, uma enfermeira recebeu treino específico para poder trabalhar com maior autonomia. (1º exame de doente, gestão de doenças crónicas) tudo mediante protocolos. Ao doente era dada a possibilidade de escolha, ser atendido em primeiro tempo por um médico ou uma enfermeira. A enfermeira contava sempre com o apoio médico.</i></p>

	<p>O registo das entrevistas foi feito maioritariamente através de gravação nas próprias instalações das USF, quando não foi possível a gravação o seu registo foi escrito. Posteriormente todos os resultados foram transcritos na íntegra; e analisados de acordo com o método de análise de conteúdo. (Bardin 2007). O tratamento dos dados foi efetuado manualmente pesquisando-se a perceção das equipas em relação ao tema em estudo.</p>
<p>Principais resultados/Conclusões</p>	<p>A atribuição de papéis clínicos mais vastos aos enfermeiros não reúne unanimidade.</p> <p>Algumas equipas manifestam disponibilidade para tal face ao seu potencial contributo para melhorar a resposta a necessidades assistenciais atualmente não satisfeitas,. Especialmente no caso das doenças crónicas,a formação nestas áreas é essencial para conquistar confiança num desempenho mais autónomo.</p> <p>Importa avaliar o impacto da especialidade e a existência do enfermeiro de família nestes contextos</p> <p>Pelo artigo é notório que a atribuição de novos papéis no âmbito da enfermagem aos enfermeiros será o caminho. Há que criar condições para que tal aconteça, salvaguardando que serão papéis de enfermagem e de complementaridade, nunca de substituição.</p> <p>Há um mundo de necessidades de cuidados de enfermagem na comunidade, por satisfazer ao qual a enfermagem tem capacidade de dar resposta</p> <p>As especializações fornecem as competências para tal.</p>

Artigo nº - 2

Título	A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa
Autor	Autor: Katherine Murphy, Thandie Chuma, Caterine Mathews, Krisela Steyn e Naomy Levit
Publicação/Ano	BMC saúde Volume - online Nº 1- agosto / 2015
Objetivos do estudo	Conhecer a motivação existente entre doentes diabéticos e hipertensos para a autogestão da doença ao serem acompanhados no serviço de saúde de cuidados primários públicos na África do Sul
Desenho do Estudo/ Material e métodos	Estudo qualitativo. Realizadas entrevistas a 21 doentes hipertensos e ou diabéticos de baixo status sócio-económico. Cidade do Cabo na África do Sul.
População/Amostra e Participantes/Contexto	Total de 16 mulheres e 6 homens, faixa etária entre os 30 e 75 anos Com um procedimento para a amostragem por critérios para a sua seleção, com diagnóstico de diabetes ou hipertensão nos últimos 10 anos, mas com mais de 3 meses de diagnóstico. O contexto em Centros de saúde comunitários que prestam serviços de saúde primários gratuitos, a seleção das clínicas foi da responsabilidade da direção do departamento de saúde da Cidade do Cabo Província de Western Cape Feita
Colheita de dados/Tratamento e análise	A colheita de dados foi realizada através de entrevistas individuais em ambiente clínico a pessoas capazes de se comunicarem na língua Inglesa, utilizado um cronograma como garante de que os principais tópicos relacionados com os objetivos do estudo seriam abordados durante a entrevista. Utilizado também um breve questionário para obter informações meramente demográficas. Efetuada a transcrição na íntegra de todas as entrevistas e análise de conteúdo qualitativa.
Principais resultados/Conclusões	O estudo contribuiu para a compreensão de que a maioria dos doentes hipertensos e diabéticos desejam uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde que os

	<p>acompanham (no caso são os enfermeiros) para o empoderamento no seu autocuidado.</p> <p>Para que as mudanças necessárias sejam efetivas são necessárias mais ferramentas e recursos para uma ajuda efetiva aos pacientes por forma a tornarem-se parceiros eficazes nos seus cuidados.</p> <p>Deve ser adotada uma abordagem centrada no paciente.</p> <p>Os provedores dos cuidados precisam de ser bem apoiados não só por políticas mas também por mudanças organizacionais.</p>
--	---

Referencias

- Amendoeira, J. (2006). Fontes e uso do conhecimento em enfermagem: a cooperação como estratégia. In *Transversalidade em educação e em saúde*, ed. Gracinda hamido; Helena Luís, Maria do Céu Roldão e Ramiro Marques, 219 - 228. ISBN: 978-972-0-34739-8. Porto: Porto Editora.
- Ashraf, H. (2002). *Older people must be on the health and development policy* Agenda. *The Lancet*, 359, p.1321
- Bonita, R. e Kjellström, R (2010). *Epidemiologia Básica*, 2ª edição
São Paulo: Editora Santos
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa nacional de saúde de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*.
Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 3 de fevereiro 2017
<https://www.dgs.pt/.../publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-...>
- Ferreira, J. M. Carvalho; Abreu, José; Caetano, António(1996). *Psicossociologia das Organizações*. Editora McGraw- Hill de Portugal, Lda
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (2002). Envelhecimento ativo Disponível em:
<http://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo.aspx>
- Schulz, R., Heckhausen, J. (1996). *A life span model of successful aging*. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Sakharova, V, Inzucchi, S. E. (2005). *Treatment of diabetes in the elderly: addressing its complexities in this high-risk group*. *Pós-graduaste Medicine*, 118,(5),19-29.
- Thomas, S., e Rich, W. (2006). *Heart failure in older people*. *Generations*, 30, 25-32.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapy: evidence for action*. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs>

Appendix I: Data extraction instruments



Título: Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo do exercício da enfermagem

Revisor: Graça Teixeira

Autor: Marta Alexandra Fartura Temido, Isabel Craveiro, Gilles Dussault. **Ano** 2015
Título: Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo do exercício da enfermagem
Rev. Enfermagem Referencia. Série IV- Nº 6 Páginas 75-85

	QARI					COMMENTS
	Criteria	y	n	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	x				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	x				
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	x				
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	x				
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	x				
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	x				
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.			x		
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	x				
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	x				
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	x				
Absolut Value		9	0	1	0	

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequívoco [x] **Credível** [] **Indefinido** []

Fundamentação: : O artigo apresenta qualidade metodológica para ser incluído na RSL. É de total pertinência a sua análise e o seu contributo pois aborda a temática do campo do exercício da enfermagem nas equines de saúde pública

Dimensões	Descrição das características
Método	Grupo focal – estudo qualitativo
Fenómeno de interesse	Conhecer a perceção das equipas de cuidados saúde primários portuguesas, no alargamento das suas competências/ exercício da enfermagem na comunidade.
Contexto de cuidados	Comunidade
Origem geográfica	Portugal
Origem cultural	Equipas de saúde familiar em Portugal
Participantes	Profissionais enfermeiros e médicos das USF do modelo B, uma de cada uma das cinco ARS de Portugal
Conclusões dos autores	<p>A atribuição de papéis clínicos mais vastos aos enfermeiros não reúne unanimidade.</p> <p>Algumas equipas manifestam disponibilidade para tal face ao seu potencial contributo para melhorar a resposta a necessidades assistenciais atualmente não satisfeitas.</p> <p>A formação nestas áreas é essencial para conquistar confiança num desempenho mais autónomo.</p> <p>Importa avaliar o impacto da especialidade e a existência do enfermeiro de família nestes contextos.</p>
Comentários do revisor	<p>Pelo artigo é notório que a atribuição de novos papéis no âmbito da enfermagem aos enfermeiros será o caminho. Há que criar condições para que tal aconteça, salvaguardando que serão papéis de enfermagem e de complementaridade, nunca de substituição.</p> <p>Há um mundo de necessidades de cuidados de enfermagem na comunidade, por satisfazer ao qual a enfermagem tem capacidade de dar resposta.</p> <p>A especialização e o mestrado fornecem as competências para tal.</p>

Identificação das categorias

Nome	Papel do enfermeiro de família	
Descrição Ilustração no txt	<p>Em 2000 Portugal foi um dos países que assumiu o compromisso da criação do enfermeiro de família.</p> <p>O sistema de saúde português indica uma combinação ineficiente de recursos humanos, com uma forte dependência do trabalho médico e um campo de exercício limitado da profissão de enfermagem, sobretudo nos cuidados de saúde primários (CSP) mais visível na área das doenças crónicas.</p>	<p>O seguimento por enfermeiros da gravidez de baixo risco, de crianças saudáveis e de doentes crónicos foram exemplos de áreas apresentadas como merecedoras de uma maior intervenção autónomas da enfermagem em duas das USF</p>
Nome	Atribuição de competências ao enfermeiro	
Descrição Ilustração no txt	<p>Em 2011 a ordem dos enfermeiros estabeleceu o seu perfil de competências do enfermeiro de família do estudo realizado posteriormente, surge um diploma que atribui à Direção Geral de saúde a identificação das áreas de partilha de responsabilidade.</p>	<p>As equipas de saúde identificaram e discutiram ainda uma grande variedade de opções relativamente às novas formas de trabalhar.</p> <p>O enfermeiro tal como o médico não deveria poder referenciar sozinho para fora da unidade, numa lógica de maximização da capacidade resolutive dos CSP, esta deveria ser uma decisão de equipe.</p>
Nome	Adequação as necessidades da população	
Descrição Ilustração no txt	<p>Cada país tem de encontrar as soluções que melhor se ajustam às suas necessidades em saúde de acordo com a oferta disponível por forma a adequa-las às necessidades</p>	<p>O objetivo prioritário da forma de trabalhar identificado numa USF foi o de melhorar a resposta às necessidades assistenciais.</p>

	das populações a cuidar. Melhorando a eficiência.	Em Portugal (2013) traduziu-se num consumo desajustado de cuidados hospitalares pelas doenças crónicas de maior prevalência.
--	---	--

Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>O entendimento de que a reforma dos CSP e o modelo USF modificou o paradigma de relacionamento e reforçou o modelo colaborativo de cuidados, sendo o papel do enfermeiro de família sua decorrência natural foi sublinhado: “ quando foi implementada esta reforma dos cuidados primários, isto alterou, substancialmente a relação entre médicos enfermeiros e secretários” (pag 79).</p> <p>Foi recolhida a perceção de que os enfermeiros a trabalhar em USF se consideram a si mesmos como enfermeiros de família “ o nosso papel, dentro da unidade já é de enfermeiro de família” (pag 79)</p> <p>Contudo numa USF não deixou de ser sublinhado que, formalmente o titulo de enfermeiro de família decorre da posse de uma especialidade ainda por atribuir.. (pag 80)</p>	<p>Papel do enfermeiro de família</p>	<p>O papel do enfermeiro de família apesar de não formalizado é percecionado por estes como existente, ao não serem claramente assumidos não permitem a sua avaliação. Reforça-se a necessidade da existência de uma especialidade que o titule. Mas a reforma dos cuidados de saúde primários veio reforçar o modelo colaborativo no seio das equipas.</p>

<p>... existem no terreno iniciativas de atribuição aos enfermeiros de CSP de campos de exercício mais amplos que não sendo claramente assumidos não permitem avaliação. (pag 80)</p>		
<p>A reflexão sobre o alargamento do papel do enfermeiro de família deveria ser precedida da avaliação, ainda por realizar do trabalho de enfermagem nas USF. Desde que as USF iniciaram a sua atividade, a população foi ganhando mais confiança no papel deste profissional: “muitos utentes já aceitam a nossa opinião.. (pag 79)</p> <p>Numa USF a equipa venceu não fazer sentido discutir a atribuição de competências mais vastas aos enfermeiros quando as competências detidas não são inteiramente aproveitadas. “ o que nos falta é que haja um maior respeito e uma maior autonomia ...autonomia naquilo que nós fazemos e que são as nossas competências” (pag 80).</p> <p>Três das USF as equipas aludiram à preocupação de uma qualquer alteração do campo de exercício da profissão de enfermagem ser sempre enquadrada</p>	<p>Atribuição de competências ao enfermeiro</p>	<p>Com a criação das USF a população ganha mais confiança no papel do enfermeiro, dando-lhe credibilidade, mas as competências existentes têm que ser bem aproveitadas. Passando por serem respeitadas à custa da autonomia e o assumir das responsabilidades inerentes, sustentadas por quadros normativos.</p>

<p>normativamente para adequada clarificação e responsabilização. (pag 83)</p> <p>“Não está claro, nós não temos um suporte legal que ajude a clarificar as competências de cada um...” (pag 83)</p>		
<p>Diferentes necessidades assistenciais, Uma das USF referiu-se a necessidade de adequar as respostas a necessidades diferentes: “é importante ver se mudaram as necessidades da população... . em outra destacou-se a necessidade de uma maior disponibilidade dos enfermeiros de CSP para trabalhar na prevenção. Numa USF ... salientou-se a necessidade de, por via de eventuais novos modelos, não descurar a resposta às necessidades agora enquadradas. (pag 80)</p> <p>“ nós estamos a focalizar as profissões não estamos a focalizar no interesse do cidadão. Tem que se pedir resultados às equipas e nós continuamos a pedir resultados às profissões” (pag 82)</p> <p>“A palavra chave é comunicação e flexibilidade”, que “protocolo é</p>	<p>Adequação as necessidades da população</p>	<p>Adequar os cuidados às necessidades das populações, estar disponível para as necessidades existentes de entre as quais se destaca a prevenção. Saber comunicar e ter flexibilidade será um eixo no sistema de cuidados. Já que enfermeiros podem prestar cuidados de saúde com o mesmo nível de qualidade que médicos a salientar, o caso das doenças crónicas são o exemplo de áreas apresentadas como merecedoras de intervenções autónomas de enfermagem nas USF.</p>

<p>diferente de rigidez” e que “ o espírito de trabalho em equipa tem que predominar” (pag 83)</p> <p>Várias revisões sistemáticas da literatura sobre a substituição de médicos por enfermeiros em atividades específicas em contexto de CSP revelaram que, em condições adequadas, os enfermeiros podem fornecer cuidados de qualidade equivalente aos prestados por médicos, com ganhos em termos de satisfação dos doentes. (pag 76)</p>		
--	--	--

Appendix II: Data extraction instruments



Título : A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa
--

Revisor Graça Teixeira

Autor: Katherine Murphy, Thandie Chuma, Caterine Mathews, Krisela Steyn e Naomy Levit
 Ano 2015

Título: A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa Volume - online N° 1- agosto
 Jornal : BMC. Health services Research 2015 Páginas 1-9

QARI						COMMENTS
Criteria		y	n	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	x				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	x				
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	x				
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	x				
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	x				
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	x				
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.			x		
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	x				
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	x				
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	x				
Absolut Value		9	0	1	0	

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequívoco [x] Credível [] Indefinido []

Fundamentação: O artigo apresenta qualidade metodológica para ser incluído na RSL. É de total pertinência a sua análise e o seu contributo ao aborda a temática do exercício da enfermagem nas equipas de cuidados de saúde primários/ doenças crónicas de saúde pública.

Dimensões	Descrição das características
Método	Estudo qualitativo-Colheita de dados através de entrevistas a doentes hipertensos e diabéticos. Feita análise de conteúdo
Fenómeno de interesse	Conhecer a motivação existente entre Doentes diabéticos e hipertensos para a autogestão da doença ao serem acompanhados no serviço de saúde de cuidados primários públicos na África do Sul
Contexto de cuidados	Centros comunitários de saúde do setor público
Origem geográfica	Cidade do Cabo Província de Western Cape
Origem cultural	Doentes de baixo status sócio- económico. Hipertensos e diabéticos atendidos em 3 Centros de saúde comunitários.
Participantes	<p>22 Entrevistas individuais a doentes que comunicam em Inglês com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes com diagnóstico nos últimos 10 anos, mas há mais de 3 meses, 16 mulheres e 6 homens, faixa etária entre os 30 e 75 anos.</p> <p>6 dos participantes tinham o ensino primário, 11 tinham o ensino secundário e os restantes tinham algum tipo de educação terciária.</p> <p>Catorze estavam empregados, mas apenas quatro com emprego formal, dezasseis eram solteiros ou viúvos e 6 estavam casados.</p>
Conclusões dos autores	<p>O estudo contribuiu para a compreensão de que a maioria dos doentes hipertensos e diabéticos desejam uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde para o empoderamento no seu autocuidado. Para que as mudanças necessárias sejam efetivas.</p> <p>São necessárias mais e melhores ferramentas e recursos para ajudar os pacientes a tornarem-se parceiros eficazes nos seus cuidados.</p> <p>Deve ser adotada uma abordagem centrada no paciente.</p> <p>Os provedores de cuidados precisam de ser apoiados por políticas e mudanças organizacionais.</p>
Comentários do revisor	<p>Após várias leituras deste documento, concluímos que a hipertensão e diabetes sendo doenças crónicas que afetam uma grande percentagem da população adulta carece de muita informação e formação por parte dos seus portadores.</p> <p>As patologias em causa, são no contexto, maioritariamente acompanhadas por enfermeiros que nem sempre dão resposta às expectativas dos pacientes, faltando inclusive um bom relacionamento.</p> <p>O desconhecimento à cerca das patologias transforma-as num prolema para os seus portadores e para o Sistema de saúde com as consequências</p>

	<p>da falta de “controle” com consequências em complicações associadas (avc, enfartes, cegueira...) tornando-se dependentes, quando poderiam, se bem acompanhados e com a sua patologia controlada serem pessoas ativas, detentoras de um estado considerado de “saúde”.</p> <p>Há um longo caminho a percorrer por parte de todos, em que os profissionais/ enfermeiros serão os parceiros vitais na mudança necessária a operar. São os enfermeiros os responsáveis pela gestão da maioria dos cuidados de saúde primários públicos no que diz respeito a estas patologias.</p> <p>Há que promover um bom relacionamento entre utentes e profissionais, em que o fator comunicação eficaz e tempo disponibilizado será o elemento fundamental. Para que a mudança seja efetiva e eficaz.</p>
--	--

Identificação das categorias

Nome	Chronic disease care	
<p>Descrição Ilustração no txt</p>	<p>A condição de portador de doença crônica pode ser considerada como uma experiência de vida permanente, sendo por vezes causa de perdas em qualidade de vida e disfunções, além de uma mera alteração no quotidiano.</p> <p>Ser doente crónico não pode ser impedimento para não se ser capaz de manter a integridade, a independência e a autonomia.</p> <p>É fundamental apreender a dimensão da doença. O profissional tem aqui um papel fulcral ao fazer-se entender.</p> <p>Para a manutenção da desejada qualidade de vida do doente.</p>	<p><i>When the doctor told me that was diabetic, I thought that I was going to die or have to cut my legs off. I was so scared! (Female, 31 years old).</i></p> <p><i>When I came to the clinic, tests were done and the doctor just recorded a lot of things in the folder. They didn't really explain anything to me, so even today; I really don't know why I have this thing or what to do. I am worried (Female, 65 years old).</i></p>

Nome	Relatedness with healthcare providers	
<p>Descrição Ilustração no txt</p>	<p>As experiências acumuladas em relação ao contacto que se tem com os serviços de saúde e seus profissionais/ no caso enfermeiros, podem ditar de forma decisiva a adesão aos regimes terapêuticos.</p> <p>A confiança poderá traduzir-se na aquisição de conhecimentos necessários e fundamentais à gestão autónoma da doença, adoção de hábitos de vida saudáveis e ao empowerment, fundamental para a prevenção de complicações e promoção da saúde futura.</p>	<p><i>When it comes to the nurses it is really bad. When you go inside to see the doctor, he will talk to you fine, but when it comes to the nurses, hm-mm, they are so rude. It's not a good experience (Female, 50 years old).</i></p> <p><i>I know the doctor sare under pressure and there's the next patient waiting, but I just wish that they could be more detailed, sort of give us more information, talk with us about what this whole thing entails (Female, 46 years old).</i></p> <p><i>The doctors always complain because every time they check my sugar it is very high. I just don't understand, because I have cut out all the sugar, no cakes, sweets or anything of that sort (Male, 75 years old).</i></p>
Nome	Experiences of autonomy support	
<p>Descrição Ilustração no txt</p>	<p>A falta de apoio à autonomia e a desresponsabilização não pode permanecer nas populações.</p> <p>A independência do indivíduo idoso reporta-se, igualmente, à manutenção da sua capacidade de tomada de decisão por si próprio e pela sua vida, tendo em consideração o seu estilo de vida e necessidade de cuidados. Esta capacidade de autonomia está</p>	<p><i>I was told I must eat differently, but the doctor never discussed with me how I must eat (Male, 34 years old).</i></p> <p><i>I feel dizzy and tired..... I think that this is the wrong medication. I wish that the doctor can change that tablet that I am using... Even today, I was telling myself to ask the doctor if she can change my medication,</i></p>

	<p>associada com o envelhecimento saudável (Schulz e Heckhausen, 1996).</p> <p>A parceria enfermeiro cidadão passa por ser um processo de negociação em que a autonomia da pessoa tem que ser respeitada acima de tudo.</p>	<p><i>but I am worried about what she will say to me..... (Male, 34 years old).</i></p>
<p>Nome</p>	<p>Competency for self-management</p>	
<p>Descrição Ilustração no txt.</p>	<p>A gestão das doenças crónicas são um instrumento de qualidade em saúde, impulsionando a capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos de saúde disponíveis. (Chronic Disease Management, British Columbia).</p> <p>O empowerment pode ser definido como um processo social de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade dos cidadãos irem de encontro à satisfação das suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários no sentido de controlarem a sua vida” (Gibson, 1991cit. por Ouschan [et al.], 2000).</p> <p>Em que a baixa literacia, pouco acesso aos cuidados de saúde são um fator dificultador neste processo.</p>	<p><i>Exercise became very important to me after I was diagnosed with high blood pressure. I started going to gym. I am also watching my diet now (Female, 46 years old).</i></p> <p><i>There is a lady who told me that this (diabetes) is caused by dirty blood. She told me that I must clean my blood with a Vitamin B injection from the chemist and then my blood will be okay (Female, 62 years old).</i></p>

Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>Both diabetes and hypertension contribute significantly to the burden of non-communicable disease (NCD) in South Africa (SA).</p> <p>The prevalence of diabetes is estimated to be 9.0 % in the age group 30 and older (approximately 2 million cases)] and in a recent population based survey, 78 % of South Africans over 50 years of age were found to have hypertension.</p> <p>The responsibility for the management of the majority of patients with NCD and/or their risk factors falls on the public sector, primary health care services, which are delivered at a community and district level and are mainly nurse driven.</p> <p>However, the early diagnosis, management and outcomes of care for patients attending these services are sub-optimal and few patients are achieving adequate levels of control; despite attending facilities on a monthly basis.</p> <p>The national Department of Health has acknowledged that there is a pressing need to improve the quality of NCD care through</p>	<p>Chronic disease care</p>	<p>Na africa do sul diabetes e hipertensão são doenças crónicas com um peso significativo na saúde pública. Mas a atenção que lhes tem sido dispensada ao nível do diagnóstico precoce e acompanhamento dos doentes é bastante deficitária quer por parte das instituições quer por parte dos profissionais.</p> <p>Devido ao pouco conhecimento à cerca da doença por parte dos doentes, é preconizado que aconteça uma mudança na prestação de cuidados, devendo esta ser centrada no paciente e nas suas necessidades de formação e informação tornando-os elementos ativos nos cuidados de que necessitam e são alvo. Promovendo a saúde e empowerment das populações.</p>

<p>appropriate training, the provision of resources and the reorganization of primary care so as to accommodate a more concerted focus on health promotion and disease prevention</p> <p>In line with WHO recommendations, they propose a shift to a more patient centered model of chronic care, which emphasizes the importance of empowering patients to play an active role in self-management by enhancing their knowledge, motivation and skills for behavior change, as well as their self-efficacy to carry out the behaviors necessary for long term self-care in their life context. There is a paucity of data in South Africa. Additionally, there is little understanding of what they might need from healthcare providers that would empower them to become active partners in their long term care.</p>		
---	--	--

<p>This theme refers to the extent that patients felt understood, cared for and valued by their healthcare providers.</p> <p>According to Self Determination Theory (SDT), a lack of relatedness can influence a patient's process of coming to terms with their chronic condition and impact on the level and quality of their motivation to control their condition through lifestyle modification and adherence to medication.</p>		
---	--	--

<p>Patient's descriptions of their experiences pointed to a number of issues which suggested that providers had failed to establish a sense of relatedness with them.</p> <p>These included: providers not having the time, communication skills or inclination to explain the cause and nature of the illness to patients or to counsel them on self-management; a lack of emotional support and reassurance for patients, particularly at the time of diagnosis, and accounts of providers alienating patients by being impatient and rude.</p> <p>The failure to offer an adequate explanation at diagnosis, of the a etiology and nature of the illness left many patients feeling shocked and confused and in need of emotional support. Twelve out of the 22 participants reported feeling high levels of anxiety and stress when they received the diagnosis, because they believed it to be a certain 'death sentence' – a misconception which healthcare providers failed to identify and dispel.</p>	<p>Related ness with healthcare providers</p>	<p>Não existe um verdadeiro envolvimento de confiança entre o doente e o profissional de saúde as causas apontadas passam pela falta de tempo, desadequação da linguagem e na forma de comunicar.</p> <p>É de salientar a pouca informação dispensada a cada doente individualmente à cerca da doença de que são portadores, não se criando um ambiente propicio ao esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Todos os pacientes referem a necessidade de os profissionais dispensarem mais tempo e terem uma postura mais adequada e mais esclarecedora, fornecendo orientações praticas, para que os doentes tenham mais confiança nos profissionais.</p> <p>Devendo ainda ser encorajado por parte dos profissionais a participação ativa do doente no processo de gestão da sua doença.</p>
--	--	---

The consequence for another patient, who believed that diabetes could be cured after several months of treatment, was a lingering distrust of the doctor and the diagnosis.

The desire to receive more information and counselling from healthcare providers was a strong emergent theme. Patients specifically wanted healthcare providers to spend more time explaining why and how they had come to have diabetes or hypertension and to provide practical guidance on self-management and lifestyle modification.

However, they were uncertain about asserting these needs, either because of a lack of confidence in asking this of an authority figure, or in some instances, out of consideration for the time pressures faced by providers in the public sector.in particular, being impatient, abrupt and disrespectful.

<p>Several other patients described how the negative attitudes of healthcare providers inhibited their ability to be open with and trusting of them. This finding was common across all three clinics. Patients complained about nurses in particular, being impatient, abrupt and disrespectful</p> <p>Another patient recounted being frequently reproached by doctors for not successfully controlling his glucose levels. He interpreted this as the doctors having little empathy for his struggles and therefore felt unable to explain his difficulties to them or to ask questions about how else he could improve his level of control</p> <p>These negative experiences affected patients' ability to accept their condition, as well as their motivation to engage with providers around lifestyle issues and other concerns. In contrast, there were four respondents who described their interactions with healthcare providers in positive terms, expressing an appreciation for being given information and practical advice.</p>		
--	--	--

<p>The healthcare provider empowers the patient with a sense of control and choice over health related decisions. None of the patients described an experience of a healthcare provider actively encouraging their collaboration or fostering power-sharing in the consultation.</p>		
--	--	--

<p>The overall impression was that the traditional model of provider-patient interaction prevailed, where the provider assumes a dominant, expert role and determines the agenda of the consultation, leaving the patient with little or no opportunity for interaction.</p> <p>It appeared that with a few exceptions , patients did not have the necessary knowledge to enable them to actively engage in decision making about treatment, self-management or lifestyle modification.</p> <p>Furthermore, it appeared from some patient accounts that when healthcare providers did proffer relevant information, they were not encouraged to express any response or opinion. This suggests that providers did not elicit their perspectives or act to inspire feelings of control or choice.</p> <p>As a result of a lack of engagement with these issues, some patients had not yet personally endorsed or identified with the value or importance of self-management and lifestyle change, but reported merely</p>	<p>Experiences of autonomy support</p>	<p>A impressão geral que prevaleceu foi a de que os doentes teem pouca ou nenhuma oportunidade de interação no seu processo de doença.</p> <p>Parece que, com algumas exceções, os doentes não demonstram ter os conhecimentos necessários para uma participação ativa na tomada de decisões sobre o tratamento, autogestão ou modificação do estilo de vida.</p> <p>Referindo ter perguntas, mas sentirem-se apreensivos em fazer as perguntas necessárias para esclarecer as dúvidas.</p> <p>Sem informações adequadas, e uma postura disponível e esclarecedora para compreender os doentes, será impossível conseguir a sua adesão ao tratamento.com segurança e autonomia desejadas.</p>
--	---	---

<p>complying with the medical treatment as prescribed.</p> <p>Some patients also reported having had questions, but feeling apprehensive about asking them. For example, one of the respondents explained that he was very unhappy with his medication, but did not raise the issue with the doctor, because he expected to be reprimanded for not having succeeded in lowering his blood pressure.</p> <p>In this case, the patient's inability to resolve his concerns about medication had implications for his adherence to treatment.</p>		
--	--	--

<p>Only about half the sample reported having received some form of information at the clinics, which suggests that the provision of health education for people with hypertension and diabetes attending these facilities is, at best, unsystematic or inconsistent.</p> <p>Without adequate information from healthcare providers and without an attempt on their part to understand patients' existing levels of knowledge or beliefs about their illness, problematic misconceptions about the causes of Type 2 diabetes and hypertension prevailed.</p> <p>In addition, only a few patients (4) appeared to understand the role of lifestyle in the development and control of these conditions. This often resulted in a lack of agency, with consequent negative implications for self-care.</p> <p>In two other instances, a belief that their hypertension was inherited and that there was nothing one could have done to avoid it, resulted in patients fatalistically resigning to the condition.</p>	<p>Competency for self-management</p>	<p>Apenas cerca de metade da amostra relatou ter recebido alguma forma de informação em educação para a saúde para pessoas com hipertensão e diabetes, salienta-se pouca formação e informação para o processo.</p> <p>Referem dificuldades económicas para adequar a alimentação às suas necessidades</p> <p>É de salientar ainda a ansiedade e a dificuldade em perceber a importância da “medida do estilo de vida” para controlar as doenças como a hipertensão e a diabetes. Muitos referem também sentirem que não estão bem medicados/controlados por parte dos profissionais</p> <p>Houve apenas quatro pacientes que demonstraram um conhecimento relativamente bom sobre o papel da modificação do estilo de vida no tratamento da sua doença referindo que procuraram ativamente informações nos meios de comunicação e relataram ter implementado e sustentado mudanças de estilo de vida com competência para a autogestão.</p>
---	--	--

<p>Most patients (18) expressed a lack of confidence in undertaking self-care and an uncertainty about how to go about modifying their lifestyle. Lacking in the necessary competency, they looked to healthcare providers for input and assistance and were disappointed when this was not forthcoming.</p> <p>In other instances, patients had taken certain steps to modify their lifestyles, but described various barriers, such as a lack of support at home or the cost of healthier foods, which limited their ability to initiate or maintain behavior change (these aspects are to be reported elsewhere).</p> <p>Many also expressed anxiety about their current state of health and complained of various symptoms, which suggested that they were not well controlled.</p> <p>In contrast, there were four patients who demonstrated relatively good knowledge about the role of lifestyle modification in managing their condition, reporting that they had actively sought out information from the mass media</p>		
---	--	--

<p>In addition, these respondents expressed confidence in their ability to make appropriate decisions and to cope with their condition, and reported having implemented and sustained lifestyle changes</p>		
---	--	--

RESULTADOS DOS ESTUDOS 1 e 2

Critérios de inclusão e de exclusão tendo por base a pergunta PICO

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PICO				Palavras chave
		Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	
P	Participantes	Pessoa com doença crónica: hipertensão, IMC elevado, glicemias elevadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pessoas com Idade inferior a 45 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nurs* ✓ Chronic disease ✓ Health promotion ✓ Autonomy
I	Intervenções	Intervenções de Enfermagem ao nível da promoção da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pessoas Doentes internadas. 	
Co	Contexto	Cuidados de saúde primários		

Limitadores de pesquisa

Bases de dados	Limitadores de pesquisa
<ul style="list-style-type: none"> ➤ CINAHL complete ; ➤ Medline complete ➤ Cochrane database of sytematic reviews; ➤ Mediclatina ➤ PubMed ➤ ProQuest 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resumo disponível ➤ Língua inglesa ➤ Artigo de pesquisa ➤ Qualquer autor é enfermeira ➤ Pacientes com alta ➤ Humano ➤ Adultos com mais 45 anos ➤ Texto completo pdf ➤ Ano de publicação 2011-2016 ➤ Referências disponíveis

Resultados de artigos por base de dados / plataforma Ebsco

	CINAHL	MEDILINE	Cochrane	Medic LATINA
Nurs*	61	58298	7244	2802
Chronic disease	11	17746	2818	965
Health promotion	10	8630	2513	530
Autonomy	6	4635	325	311

Resultados da pesquisa com conjugação dos descritores/ plataforma Ebsco

DESCRITORES	CINAHL	MEDILINE	Cochrane	Medic Latina
Nurs*+Chronic disease	11	4635	193	220
Nurs*+Health promotion	9	3968	216	147
Nurs*+Autonomy	6	2583	38	135
Chronic disease+ Health promotion	3	2288	79	104
Chronic disease+Autonomy	2	570	7	29
Health promotion+Autonomy	3	780	16	32
Nurs*+Chronic disease+Health promotion	3	1146	10	37
Chronic disease+ Health promotion+Autonomy	1	128	6	9
Nurs*+Chronic disease +Health Promotion +Autonomy	1	62	3	3

Resumo dos resultados dos estudos por plataforma/ bases de dados

	EBSCO DESCRITORES	PUBMED DESCRITORES	PROQUEST DESCRITORES
	AND	AND	AND
1+2	5567	357	1481
1+3	3093	1857	629
1+4	2123	2231	243
2+3	1867	340	0
2+4	516	131	75
3+4	359	698	39
1+2+3	990	698	75
1+2+4	990	100	58
1+3+4	242	359	35
1+2+3+4	69	44	15

ANEXO VI

Quadros com o Protocolo de pesquisa

PROTOCOLO DE PESQUISA

Quadro nº 3 - Critérios de inclusão e de exclusão tendo por base a pergunta PICO

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PICO				Palavras chave
		Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	
P	Participantes	Pessoa com doença crónica: hipertensão, IMC elevado, glicemias elevadas.	✓ Pessoas com Idade inferior a 45 anos.	✓ Nurs* ✓ Chronic disease ✓ Health promotion ✓ Autonomy
I	Intervenções	Intervenções de Enfermagem ao nível da promoção da saúde.	✓ Pessoas Doentes internadas.	
Co	Contexto	Cuidados de saúde primários		

Quadro nº 4 - Limitadores de pesquisa

Bases de dados	Limitadores de pesquisa
<ul style="list-style-type: none"> ➤ CINAHL complete ; ➤ Medline complete ➤ Cochrane database of sytematic reviews; ➤ Mediclatina ➤ PubMed ➤ ProQuest 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resumo disponível ➤ Língua inglesa ➤ Artigo de pesquisa ➤ Qualquer autor é enfermeira ➤ Pacientes com alta ➤ Humano ➤ Adultos com mais 45 anos ➤ Texto completo pdf ➤ Ano de publicação 2011-2016 ➤ Referências disponíveis

Quadro nº 5 - Resultados de artigos por base de dados / plataforma Ebsco

	CINAHL	MEDILINE	Cochrane	Medic LATINA
Nurs*	61	58298	7244	2802
Chronic disease	11	17746	2818	965
Health promotion	10	8630	2513	530
Autonomy	6	4635	325	311

Quadro nº 6 - Resultados com conjugação dos descritores/ plataforma Ebsco

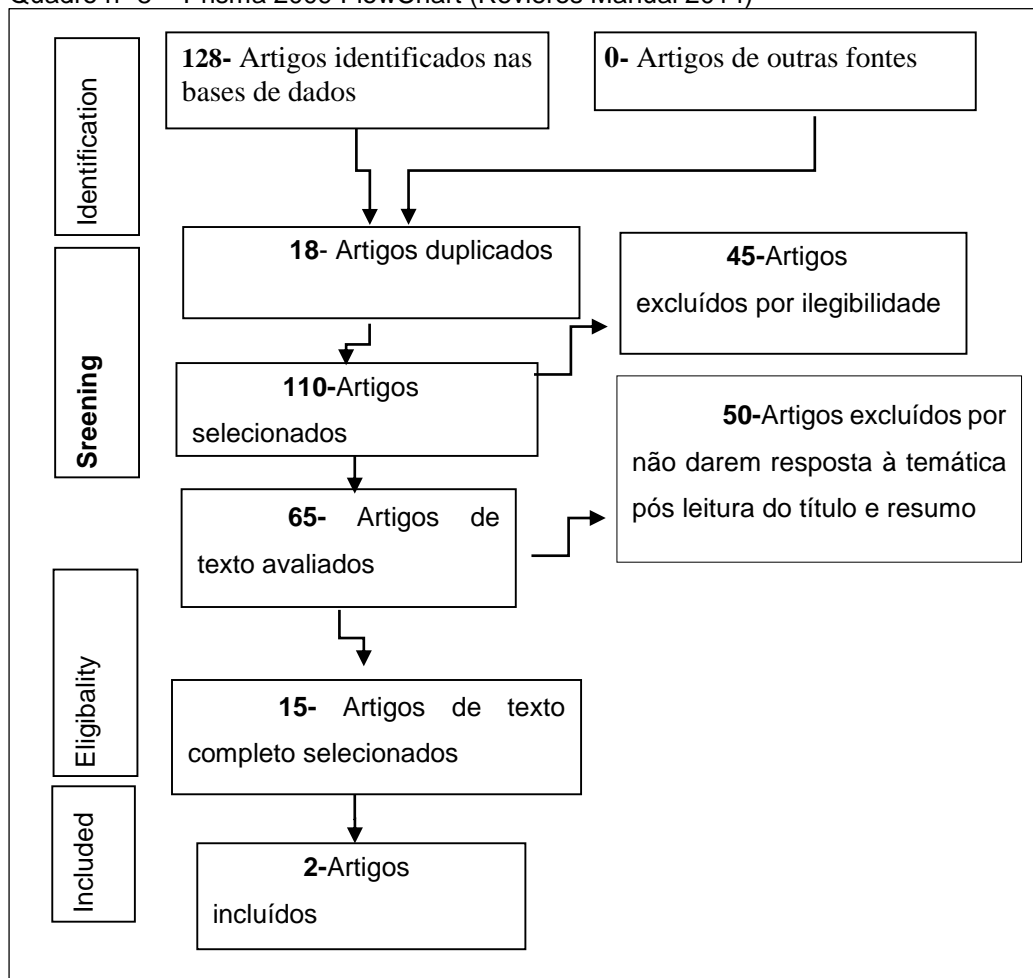
DESCRITORES	CINAHL	MEDILINE	Cochrane	Medic Latina
Nurs*+Chronic disease	11	4635	193	220
Nurs*+Health promotion	9	3968	216	147
Nurs*+Autonomy	6	2583	38	135
Chronic disease+ Health promotion	3	2288	79	104
Chronic disease+Autonomy	2	570	7	29
Health promotion+Autonomy	3	780	16	32
Nurs*+Chronic disease+Health promotion	3	1146	10	37
Chronic disease+ Health promotion+Autonomy	1	128	6	9
Nurs*+Chronic disease +Health Promotion +Autonomy	1	62	3	3

Quadro nº 7 - Resultados dos estudos por plataforma / base de dados

	EBSCO DESCRITORES	PUBMED DESCRITORES	PROQUEST DESCRITORES
	AND	AND	AND
1+2	5567	357	1481
1+3	3093	1857	629
1+4	2123	2231	243
2+3	1867	340	0
2+4	516	131	75
3+4	359	698	39
1+2+3	990	698	75
1+2+4	990	100	58
1+3+4	242	359	35
1+2+3+4	69	44	15

ANEXO VII
Prisma

Quadro nº 8 - Prisma 2009 FlowChart (Revieres Manual 2014)



ANEXO VIII
Artigo selecionado nº 1

RESEARCH PAPER (ORIGINAL)

Perceptions of portuguese family health care teams regarding the expansion of nurses' scope of practice

Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem

Percepciones de los equipos de salud familiar portugueses sobre la extensión de competencias de la enfermería

Marta Alexandra Fartura Braga Temido*; Isabel Craveiro**; Gilles Dussault***

Abstract

Theoretical framework: Expanding primary health care nurses' scope of practice is a strategy that has been used in various health systems to good advantage. Its feasibility depends on the health professionals' consensus as to its suitability.

Objective: To find out the perceptions of Portuguese family health care teams regarding the expansion of primary care nurses' scope of practice.

Methodology: Focus groups.

Results: The team perception is that citizen expectations, the shortage of nurses and the need for specific training are the main issues to be faced. The teams discussed various roles that the nursing profession could take on in Primary Health Care (PHC) via a work reorganisation included in the regulatory framework.

Conclusion: The assignment of wider clinical roles to PHC nurses is not unanimously approved of, since it is perceived by some doctors and nurses as inappropriate and unfair. Some health care teams expressed their willingness to take part in this option, due to its potential contribution to improving the response to care needs not currently being met.

Keywords: primary health care; advanced nursing practice; perception; patient care team.

Resumo

Enquadramento: O alargamento do campo de exercício do enfermeiro de cuidados primários tem constituído uma estratégia utilizada em diversos sistemas de saúde com ganhos conhecidos. A sua exequibilidade depende do consenso dos profissionais de saúde sobre a sua adequação.

Objetivo: Conhecer as percepções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício do enfermeiro de cuidados primários.

Metodologia: Grupos focais.

Resultados: Na percepção das equipas, as expectativas dos cidadãos, a escassez de enfermeiros e a necessidade de formação específica são os principais problemas a enfrentar. As equipas discutiram vários papéis que a profissão de enfermagem poderia assumir em Cuidados de Saúde Primários (CSP), mediante uma reorganização do trabalho, enquadrada normativamente.

Conclusão: A atribuição de papéis clínicos mais vastos ao enfermeiro de CSP não reúne unanimidade, por ser percebida, por alguns médicos e enfermeiros, como desajustada e iníqua. Algumas equipas de saúde manifestaram disponibilidade para aderir a esta opção, face ao seu potencial contributo para melhorar a resposta a necessidades assistenciais atualmente não satisfeitas.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; prática avançada de enfermagem; percepção; equipe de assistência ao paciente.

* Ph.D., International Health. Hospital administrator, Arcebispo João Crisóstomo Hospital, Rua Padre Américo, 3060-106 Cantanhede, Portugal [martatemido@gmail.com]. Contribution to the article: study design, literature search, data collection, analysis and discussion; article writing. Address for correspondence: Rua Ernesto Sena Oliveira, 34-3.º A, 3030-378 Coimbra, Portugal.

** Ph.D., International Health. Research assistant, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade Nova de Lisboa, 1349-008 Lisbon, Portugal [isabelc@ihmt.unl.pt]. Contribution to the article: study design, data collection and analysis, and article review.

*** Ph.D., International Health. Visiting full professor, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, Universidade Nova de Lisboa, 1349-008 Lisbon, Portugal [gillesdussault@ihm.unl.pt]. Contribution to the article: study design, data analysis and discussion, and general article review.

Resumen

Marco contextual: La extensión de la práctica de enfermería en atención primaria ha sido una estrategia utilizada en diferentes sistemas de salud con beneficios conocidos. Su factibilidad depende, en particular, del consenso de los profesionales de salud sobre su idoneidad.

Objetivos: Comprender las percepciones de los equipos de salud familiar portugueses sobre la extensión de la práctica de enfermería en atención primaria.

Metodología: Grupos de enfoque.

Resultados: La investigación reveló que, para estos equipos, las expectativas de los ciudadanos, la escasez de enfermeras y la necesidad de formación son los principales problemas a enfrentar. Los equipos discutirán varios papeles que la profesión de enfermería en atención primaria podría asumir, a través de una reorganización encuadrada normativamente.

Conclusión: La asignación de funciones clínicas más amplias a la profesión de enfermería en atención primaria no congrega unanimidad, puesto que, algunos médicos y enfermeras, la interpretan como desplazada e inícu. Algunos equipos manifestaran disponibilidad para adherirse a esta opción, por su contribución eventual a la mejora de la respuesta a necesidades asistenciales actualmente desatendidas.

Palabras clave: atención primaria de salud; enfermería de práctica avanzada; percepción; grupo de atención al paciente

Received for publication: 11.11.14

Accepted for publication: 30.04.15

Introduction

The improved efficiency resulting from the combination of human resources is one of the most important challenges that health systems face. Modifying the skill mix between physicians and nurses, particularly by extending the professional scope of practice of PHC nurses, has been one of the options most widely discussed in this context. Countries like Canada and the United Kingdom have vast assessment experience in this matter. A number of systematic literature reviews on the replacement of doctors by nurses in specific activities in a PHC context revealed that, under appropriate conditions, nurses can provide care of a quality equivalent to the care provided by doctors, with gains in terms of patient satisfaction but with higher consumption of resources (Delamaire & Lafortune, 2010; Laurant et al., 2009). Some studies have even reported that 30% to 70% of the work performed by doctors could be done by nurses; however, it was emphasised that the feasibility of task transfer should not be confused with its cost-effectiveness based solely on the idea that nursing work costs are lower than medical work costs, as it is necessary to assess the time and the amount of resources consumed by both groups, as well as the possible need for additional training and supervision (Richardson & Maynard, 1995).

The analyses of the composition of the workforce in the Portuguese health system (a 1.5 nurse/doctor ratio) suggest an inefficient combination of human resources, with strong dependence on medical work and a limited scope of practise of the nursing profession (Dussault & Fronteira, 2010). This situation is particularly visible in the PHC field, the basis of the public health care system, which is reflected in access and quality constraints which, in 2013, translated into approximately one million Portuguese people without a family doctor and an unbalanced consumption of hospital care by the most prevalent chronic illnesses. The future need to strengthen PHC sphere of intervention (e.g., epidemiological changes) enable us to estimate that these imbalances between supply and demand will tend to increase.

The development of the PHC nurse's role, and specifically of the family nurse, can help solve some of the issues that have been identified. In 2000, Portugal was one of the European states who signed the Declaration of Munich, which is committed to

supporting the creation of a family nurse role, as defined by the World Health Organization (World Health Organization, 2000). In 2011, the Nursing Board established the specific skills profile of a nurse specialised in family health and, in 2012, the Ministry of Health set up a work group to prepare legislation on the action methodology of family nurses. The results of this initiative were reflected later in the publication of a legal act assigning to the General Directorate of Health the task of identifying the areas of shared responsibility in the provision of health care among the family nurse and other professionals; this legal act also assigned to the Regional Health Administrations (RHA) the task of implementing these professional activities by means of pilot experiments to be carried out in the second half of 2014. In early 2015, the 35 NHS functional units were chosen where these experiments will be carried out.

At this time, it is unknown whether the responsibilities to be assigned to family nurses will involve greater clinical autonomy, like what the International Council of Nurses refers to as advanced nursing (International Council of Nurses, 2003). In any case, the discussion about the potential assignment of greater clinical autonomy to PHC nurses is not limited to the nurses who are family health specialists.

But the decision to expand PHC nurses' scope of practice, which many countries have resorted in order to improve the performance of their health systems, may not be feasible in the Portuguese context. Each country needs to find the solutions that best fit its health needs and the appropriate provision of services to respond to those needs (Dussault & Fronteira, 2010), taking into account its characteristics, its political, cultural and economic context (Dolowitz & Marsh, 2000) and even its path dependence (Greener, 2002). In Portugal, research on the subject is scarce (Buchan, Temido, Fronteira, Lapão, & Dussault, 2013; Temido & Dussault, 2014). Still, it suggests there is a favourable environment for this type of initiative in the field of PHC, where the reform dynamics resulting from the model of organisation into Family Health Units (FHU) have encouraged teamwork.

This study, therefore, seeks to contribute to assessing the suitability of a model that gives PHC nurses a practice scope at advanced nursing level according to the perception of Portuguese family health care teams.

Its purposes are to understand these perceptions with respect to: (i) care needs which the expansion of PHC nurses' clinical roles could potentially fulfil; (ii) issues to be faced and objectives to be achieved with this expansion; (iii) new ways of working that such an expansion might involve.

Background

As it has been emphasised by several authors, social acceptability is one of the determining factors for the feasibility of human resources policy in health (Dussault & Fronteira, 2010). As such, policy makers who contemplate bringing about a change in the skill mix of the workforce – like the change involving the expansion of the nursing profession scope of practice by placing it at the level of advanced practice (International Council of Nurses, 2003) – should evaluate the recognition stakeholders give it, by involving them in the process (Buchan, Temido, Fronteira, Lapão, & Dussault, 2013). The PEPPA model, Participatory, Evidence-based, Patient-centred Process for APN nurse development, implementation and evaluation (Lukosius & DiCenso, 2004) aims precisely to guide the development, implementation and evaluation of advanced nursing practices. This model is based on the idea that the transition from a paradigm of illness-focused care to a different patient-focused paradigm oriented towards integrated care and prevention involves a significant change that requires the consensus of stakeholders regarding the alignment of goals in health, care models and nurses' advanced practice roles. The original model uses a complex approach based on stages. The first five stages involve needs assessment and matching the development of advanced nursing practices to the context: i. describing the current care model and the user population; ii. identifying stakeholders and selecting participants for the method application; iii. determining the need for a new care model; iv. defining key issues to be faced and goals to be achieved; v. determining the new care model and the role of advanced practice nurses. The subsequent steps assume a positive response to those needs and matching, and involve: vi. establishing the implementation strategy; vii. implementation; viii. assessment of results; ix. long-term assessment. This study consisted of an exploratory analysis of

steps three to five, since they represent the part of the process where stakeholders' perceptions are analysed. These stakeholders are considered here as being family health care teams, i.e., doctors and nurses working at FHUs.

Research question

This study aims to answer the question: what are the perceptions of Portuguese physicians and nurses working in Family Health Units (FHUs), regarding the option of extending the clinical roles of primary health care (PHC) nurses as a way of improving the response to care needs?

Methodology

In order to meet the objectives set out above, we designed a qualitative study with data collected by means of the focus group technique (Morgan, 1996). The choice of this technique resulted from its recognised advantages when you want the discussion among the participants to bring out divergent perspectives, encouraging individuals to justify their opinions and the group to resolve conflicts. This decision was also made because we intended not only to know *what* the group thought about the theme, but also *how* and *why* they thought so as a result of their interaction (Kitzinger, 1994). This technique would also enable us to get the participation of the team in designing the possible solutions for the redistribution of work argued for in the PEPPA model (Lukosius & DiCenso, 2004).

The family health teams participating in the study were B-model FHUs, chosen because of their higher degree of organisational autonomy and better remuneration incentives when compared to A-model units. In the design phase, these aspects were considered a stimulus for innovative forms of work distribution like the one we wanted to discuss. The choice of FHUs was conducted by intentional non-probability sampling, with the selection of one unit in each of the five RHAs in mainland Portugal in order to enable us to capture possible geographical variability. With five groups we expected to obtain data saturation. Since we intended to capture the perception of family health care teams on the theme, we opted for the

heterogeneity of focus groups, including, in the same technique, doctors and nurses working together (pre-existing groups). We also decided not to exclude the medical coordinator since, among other functions, he/she represents the FHU. The potential biases of having members in the same group with virtual professional ascendance were prevented, as far as possible, by carefully planning and conducting the technique, and assumed given the predominant aim of revealing the opinion of the working team while they interacted. Administrative workers were excluded because they are not direct care providers. With this exception, all team members were invited to participate. The research team formally contacted the coordinator of each FHU, presenting the study and requesting participation in the project. For the collection of data, authorisation was obtained from the coordinator of each FHU; after informing them about the study objectives and guaranteeing anonymity, all participants signed an informed consent. None of

the participants in the focus groups were previously known to the researchers.

In the case of the Alentejo and Lisbon and Tagus Valley RHAs, we had to submit a collaboration request to several model-B FHUs before getting any acceptances. At the Alentejo RHA, only one participant showed up on the scheduled dates, and we carried out a semi-structured interview based on the focus group script. At the Lisbon and Tagus Valley RHA, recording permission was denied. The Centre RHA proposed to the research team the additional formation of a second focus group with only intern physicians (excluded by the study design). In the focus groups that took place, it was not always possible to gather the entire team on the scheduled day and time (Table 1). Each focus group had an average duration of 90 minutes; the semi-structured interview had an approximate duration of 40 minutes. Except in the case of the Lisbon and Tagus Valley RHA, where notes were written, focus groups and interviews were recorded.

Table 1
Participation in focus groups

FHU	Team of doctors	Team of nurses	Focus group date	Doctors present	Nurses present	Team present	
						No.	%
1	8	8	16.07.2014	5	6	11	69%
2	6	6	18.07.2014	6	3	9	75%
3	7	7	12.09.2014	6	4	10	71%
4	9	9	22.09.2014	1	0	1	6%
5	7	7	15.10.2014	5	5	10	71%
Total	37	37	—	23	18	41	—

To conduct the focus groups, we used a script that included a warm-up theme and two scenarios intended to stimulate discussion (Table 2). Prior

to the application of the script, we collected the participant sociodemographic data (e.g., gender, age group, professional group, education level).

Table 2
Summary of discussion scenarios

1. Portugal was one of the countries that committed to supporting the creation of the family nurse role. Recently, the Ministry of Health set up a work group to prepare legislation on the action methodology of these professionals [in August 2014, the principles and the framework for the activities of a family nurse (*) were established]. One of the aspects that could be considered is giving the family nurse a wider scope of practice. If the team were in the position of the ministry's counselling group, what would they recommend regarding these professional scope of intervention so as to improve response to health needs?

2. In the early 1980s, a pilot project was carried out at a health centre in the UK with the support of the University of Birmingham. A nurse with 14-year experience received specific training to be able to work with greater autonomy (e.g. initial examination of patients, chronic illness management); all her work processes were protocolled. On admission to the health centre, patients were asked whether they wished to be attended by one of the doctors or by this nurse. While working, the nurse always had support from doctors. Supposing we proposed that the team take part in a project like this, which aspects would they be most enthusiastic about?

(*) Description used in the last two focus groups and in the semi-structured interview.

The focus groups and the interviews were carried out at the premises of each FHU, having assured the necessary conditions for privacy. The empirical part of the research involved two of the three authors of the study; the first two focus groups were conducted by the second author of the study, given her training and experience in the application of the technique; the others and the interview were carried out by the first author. The recorded focus groups and the interview were fully transcribed; each participant was assigned a code that enabled us to identify the FHU and the professional group (nurse – E; Doctor – M). Data were analysed according to the content analysis method (Bardin, 2007), manually processed by researching the perception of the teams regarding the research themes defined and set out in the Results section, although some emerging themes were identified.

Results

The demographic and professional characterisation of the study participants revealed that from a total of 41 individuals, 62% were women and the predominant age group was ≥ 40 -<45. fifty-six percent of participants were doctors, and 11% of the nurses were specialists. Of all the participants, the most representative groups were those working for 15 or more years in PHC (50%) and between four and six years at FHUs (52%).

General perceptions

Assessment of nursing work in an FHU context

In the opinion of one FHU, reflection on extending the family nurse's role should be preceded by the assessment, still to be done, of nursing work in FHUs. The perception was expressed that, since FHUs started their activity, the population has increasingly trusted the role of this professional: "Many users now accept our view. . ." (E-FHU2).

The impact of FHUs in professional relationship paradigms

The understanding that the reform of the PHC and the FHU model modified the relationship paradigm and reinforced the collaborative model of care, and that the role of the family nurse is their natural consequence,

was emphasised: "When this primary care reform was implemented, it substantially changed the relationship between doctors, nurses and secretaries." (M-FHU3).

Nurses working at FHUs as family nurses

We obtained the perception that nurses working at FHUs consider themselves family nurses: "our role within the unit is already that of a family nurse. . ." (E-FHU3). However, at one FHU it was noted that, formally, the family nurse title derives from having a speciality yet to be established and that the current nursing career path does not even include a level for specialist nurse (E-FHU5).

The expansion of PHC nurses' scope of practice in the field

In two FHUs, it was emphasised that in the field there are initiatives to assign to PHC nurses broader scopes of practice that are not clearly assumed and consequently do not allow for assessment: "At the FHU there are acute situations where the population goes home and is only seen by a nurse. Yes, they are rare. But they already happen" (M-FHU2); "managed to get the executive director to authorise a pilot experiment in that area. To take some users with no family doctor, low-risk pregnant women. . . monitor those pregnancies. . . There are two or three experiments like that, a bit hidden. . ." (M-FHU3). At the interview a similar result stood out: "There are nurses here who do smear tests with the help of the doctor, with supervision or delegation, whatever you want to call it" (M-FHU4).

Making the most of the nursing workforce skills

In one FHU, the team stressed that it does not make sense to discuss the assignment of wider powers to nurses when their current skills are not fully utilised: "What we need is more respect and more autonomy. . . autonomy in what we do and in our responsibilities" (E-FHU1).

Theme: *Care needs that the expansion of PHC nurses' clinical roles could potentially fulfil*

Different care needs

In one of the FHUs, there was mention of the need to tailor responses to different needs: "it is important

to see if the population needs have changed. . .” (M-FHU2). In another, the team highlighted the need for increased availability of PHC nurses to work on prevention. One FHU and the interview emphasised the risk of neglecting the response to currently established needs because of potential new models: “What I’m afraid of is that, by wanting to cover more functions, we will underrate others that are already defined. . .” (E-FHU3); “So who will do what nurses do now?” (M-FHU4).

Response potential of the expansion of nursing roles

Disagreement about the option of expanding the clinical scope of practice of the nursing profession was evident in the case of some members of one FHU team: “maybe the main solution is to create conditions that will make it possible for unemployed family doctors. . . to be able to work” (M-FHU1); “In Africa, I think it is justified. Here in Portugal, I don’t think so” (M-FHU1). The same position was obtained in the semi-structured interview: “I see no need to expand more, in formal terms” (M-FHU4); it was expressed that the preference would be different: “To assign more responsibilities to nurses in order to relieve doctors, that’s only if we want to turn doctors more and more into bureaucrats” (M-FHU4). Yet, even within that FHU where part of the team expressed disagreement with the strategy, its unsuitability was not unequivocally understood: “I think that a nurse with education and training for certain situations can do certain things” (M-FHU1). In two other FHUs, the suitability of expansion was clearly expressed: “There is no medical resistance” (M-FHU2); “It does not bother me at all whether certain acts are performed by a nurse or by a doctor” (M-FHU3). The explanation for this position was clearly stated: “it ends up freeing the doctor for the core of the profession. . . given the Portuguese context of a shortage of doctors, especially family doctors, and a population that increasingly. . . makes use of the NHS” (M-FHU3). References were made to the individual experience of working with models where the exercise of broader clinical duties by PHC nurses has been instituted: “We already have this in Spain, so for me it is not strange. My private opinion? Neither good nor bad, I mean, it’s one more function” (M-FHU3); “As an intern I did an internship in Denmark, which is a country where this already exists. . . actually, it’s a model that works. . . So maybe

here we also have something to learn at this level” (M-FHU3).

In another FHU, there were wide gaps between the team positions – some physicians said they understood the expansion of nursing roles as being appropriate due to the medical working time it would free up for other activities, others saw it as a dishonest strategy since it aims to assign more work and responsibility without monetary compensation; some nurses were radically opposed to this option because it represents a way for “the Ministry of Health to have nursing specialists without paying a penny” and were not interested “in working more for the same money”. (E-FHU5)

Theme: *Issues to be faced and objectives to be achieved with the expansion of PHC nurses’ clinical roles*

Citizen expectations

In the view expressed in one of the FHUs, one of the issues that this discussion raises is that of citizen expectations of PHC: “Users do not always believe that the service they are receiving is the best for them. . . when it is low-complexity care, which is what we, as primary care professionals, have to offer” (M-FHU2). The resolution of this difficulty was perceived as implying a cultural change, especially because “if nurses don’t feel there is social recognition in order to go ahead. . . I also don’t believe they have the ambition of being able to do it. . .” (M-FHU2). In this perspective, “the first thing you should do is to assess the perception of health care users. It is society that must be called upon to give its opinion” (M-FHU2). In another FHU, someone expressed the conviction that people expectations are clear: “When patients have a problem, it is the doctor that they seek” (M-FHU1); once again, there were differing views: “how can they not accept a nursing prescription but accept a prescription from a pharmacist?” (M-FHU1).

Shortage of nurses

In three FHUs, it was noted that the shortage of nurses is an obstacle to different ways of working: “I can’t see how the nurses I work with at the moment, with the workload they have, can take this on as well” (M-FHU1); “We have so much work, how will we also be able to. . . ?” (E-FHU3). However, within one of

these FHUs, there was no consensus when assessing the theme: "I actually disagree with another thing that was said here, that we need more nurses. I think that, before that, is it necessary for the staff to be organised. . ." (M-FHU3).

Specific training

In three FHUs, participants mentioned the need to provide PHC nurses with the appropriate skills to respond, as part of the multidisciplinary team, to the FHU range of services: "We need a speciality of family nursing, of primary health care nursing" (M-FHU2); "The courses have to be reworked for the needs we have and for the work we are doing." (E-FHU3); "If we have nurses with higher basic training. . . we will of course have a healthier combination in the distribution of tasks" (M-FHU2). The interview results revealed the same understanding: "the general practice speciality gave future family doctors security and quality of care. . . that is what the family health nursing speciality can give nurses" (M-FHU4). At the same FHUs, there was the perception that if it is true that nurses currently working in an FHU context acquired a lot of expertise during their practice, it is necessary to have it validated and "from a certain point onwards, only nurses who have previously acquired skills can be family nurses" (M-FHU2). There was a suggestion to use a practice certification process for nurses already working at FHUs, "as was the case in the 80s, with family doctors" (M-FHU3). The participants noted the need to upgrade skills in the areas of promotion, prevention and intervention in general and family medicine, and stressed the importance of a specific approach to nursing care provision: "The thing is that we are very much oriented towards a biomedical area, we were trained in that area" (E-FHU2).

Training and professional self-regulation paradigms

The issue of the health professionals' training paradigm was highlighted in two of the FHUs, who emphasised the need for universities and schools to adopt a teaching model that better encourages teamwork. In two of the FHUs, participants also stressed the need for professional bodies to take on a different role. Some changes were considered essential: "But until there is academic change, a change in the mind-set of academics and in professional bodies, I think we're going to have a long struggle" (M-FHU2).

Improving the response to care needs

The primary objective of changing the way of working which was identified in one FHU was to improve the response to care needs: "We are focusing on professions, not on the citizen best interests. You have to demand results from the teams, but we continue to demand results from professions" (M-FHU2).

Theme: *New ways of working that the expansion of PHC nurses' clinical roles could take*

Acute illness situations

Greater accountability of nurses in response to acute illness situations has emerged as an aspiration of the doctors in two FHUs, in order to free up time for other care functions: "Personally I support that, vigorously, for doctor visits due to acute illness. . . Not only a good idea but a necessity" (M-FHU3); "Too-easy access to a professional of complexity can be against the patient's best interests. . . The response could be disproportionate" (M-FHU2). We perceived some reluctance on the nurses' part to take on more tasks in this area without further training. However, it also became clear that teams are not all organised the same way and that, in some cases, nurses perform triage of acute illness situations under medical supervision. In another FHU, it was reported that for some time the triage of acute illness had been assigned to nurses, but they had backtracked due to the lack of a framework. In yet another FHU, this possibility was absolutely rejected by the nurses: "I think that the front line must have someone competent to do triage, to facilitate, and someone who has no basic training directed at the pathology. . . What are they going to do, waste the patient's time?" (E-FHU1).

Referral to other health professionals and levels of care

Also regarding the role of nurses in referrals to other health professionals, there were different perceptions among FHUs. In one FHU, it was argued that a nurse, just like a doctor, should not be allowed to make referrals alone outside the unit; in order to maximise the PHC response capacity, this should be a team decision. In another FHU, referral by nurses to other professionals within the Health Care Cluster was regarded as an asset: "having to tell the doctor to

refer to the nutritionist, to refer to the psychologist. . . when that's where I had my absolute competence to intervene!" (E-FHU1). Nurses' referrals to acute health care in specific emergency situations was also identified as an area to be expanded: "we can't do that. But we can say to the patient: Look, call an ambulance and go to the hospital" (E-FHU1).

Drug prescription

In two FHUs, drug prescription was described as being understood as a field where, under specific conditions, it is possible to redefine intervention boundaries. However, in another FHU, this possibility was ruled out by most doctors and by the nurses, based on the idea that nurses' basic training does not prepare them sufficiently, that it is not an actual need and that, even for doctors, prescribing is a complex activity; even so, this team position was not unequivocal: "Can't nurses see if the tonsillitis has pus or not? And they could perfectly well prescribe an antibiotic!" (M-FHU1). In the interview, the possibility of nursing staff being responsible for drug prescription was also rejected: "Of course I'm not going to ask the nurse to write out prescriptions, right? That is intrinsically mine!" (M-FHU4).

Other specific technical and care areas

Nurses' monitoring of low-risk pregnancies, healthy children and chronically ill patients were other examples of areas pointed out as worthy of further autonomous intervention by nurses in two of the FHUs. In one of these FHUs, the performance of specific techniques by nurses with appropriate training was also seen as possible and desirable: [suturing] "is a technique to be learnt!" (M-FHU3); in the interview that option was rejected: "I can get nurses to do sutures, but suturing is something I enjoy." (M-FHU4).

Regulatory framework and work protocols

In three of the FHUs, the teams alluded to the concern of any change to the scope of practice of the nursing profession always being included in the regulatory framework for proper clarification and accountability: "It is not clear, we do not have a legal basis that helps to clarify our competences. . . ." (M-FHU2); "I have worked in many places and I have sutured. But the thing is, I sutured, I learnt, someone taught me, I learned initially. It is a technique that is practice, isn't

it? But what if something goes wrong?" (E-FHU1). In one of these FHUs, the need for an appropriate regulatory framework and the intervention of professional bodies dominated the discussion (E-M-FHU5). However, in another FHU, it was noted that a regulatory framework does not guarantee any kind of implementation, for example the skills of a nurse specialised in maternal and obstetric health care in prescribing some tests: "Portugal needs to comply with some things that were signed long ago" (M-FHU3). The need to precede changes with the definition of work protocols was emphasised by one of the teams; however, it was stressed that "the keyword is communication and flexibility", that "protocol does not mean inflexibility" and that "the spirit of teamwork has to prevail" (M-FHU3).

Discussion

Results suggest that in the teamwork model that supports the operation of FHUs there tends to be an environment that favours the allocation of further clinical roles to PHC nurses as a way of improving response to the welfare needs of the population, as had been indicated in a previous study (Buchan, Temido, Fronteira, Lapão, & Dussault, 2013). However, this is not a cross-sectional view the board because it is perceived by some physicians and nurses as inappropriate and potentially unfair. The gap of care needs unmet by the current provision model did not seem to be homogeneously recognised, since the focus is more on supply than on demand (Nelson, Turnbull, & Bainbridge, 2014). Professional experience in health systems where the practice of wider clinical duties by PHC nurses is already established has emerged as a factor that predisposes the favourable consideration of this option, in line with the results of other studies (Aquilino, Damiano, Willard, Momany, & Levy, 1999). The existence, in the field and at the initiative of health care teams, of new forms of work distribution in order to improve response to the population needs has arisen as confirmation that many changes in professional roles happen incrementally (Temido & Dussault, 2014), and it is necessary to assess them.

The health care teams identified several issues that would need to be faced, in the Portuguese context, with the option of expanding PHC nurses' clinical

roles. The need to equip nursing staff with specific skills that enable them to work with more safety and quality within all programs of general and family health generated ample consensus among FHUs, physicians and nurses, as well as among supporters and opponents of the expansion of PHC nurses' roles; in this way, nurses would gain greater self-confidence, which would reflect on how the health care team and their users perceive them. This perception reiterates the findings of studies that have identified trust in one another's competence as one of the main drivers for greater collaboration (Schadewaldt, McInnes, Hiller, & Gardner, 2013).

Health care teams also identified and discussed a wide range of options regarding the new ways of working that the expansion of PHC nurses' clinical roles could involve; perceptions varied widely as to the appropriateness of each option, with health professionals taking different positions among the FHUs and within the same FHU. They emphasised the need to base potential changes on a clear legal framework and on work protocols, revealing concerns similar to those felt in other health systems (Delamaire & Lafortune, 2010).

The results of the focus group carried out at one of the FHUs, outside the study design, with interns specialising in general and family medicine, did not produce very different perceptions from the others, suggesting that the new generation will probably not advocate the change even if they feel overworked, due to a fear of losing territory. This reaction is in line with what initially occurred in other countries where the expansion of the nursing profession roles is now at a more advanced stage (Wilson, Pearson, & Hassey, 2002).

The limitations of the technique used are acknowledged, especially when it is used as the only method, as was the case. The group dynamics and the addition of members with virtual professional ascendance may have influenced the opinions expressed; the recording of one of the sessions solely by using discourse extracts may have biased the content analysis; the number of focus groups may have been insufficient to bring out all the perceptions on the issue, and in one health region we could only perform one interview – a sign that can reflect that the topic under discussion was considered of low relevance in some locations. We also acknowledge that the method used does not allow us to generalise

the results, knowing that the perceptions we collected only represent the interaction between the health care teams that agreed to collaborate. Still, we think that the study contributed to a better understanding of perceptions about the appropriateness of extending PHC nurses' scope of practice in the Portuguese context, providing the basis for the development of more systematic research.

Conclusion

The assignment of wider clinical roles to PHC nurses is not unanimously approved of because it is perceived by some doctors and nurses as inappropriate and unfair. Some health care teams expressed their willingness to take part in this option, due to its potential contribution to improving response to care needs not currently being met. Given that contact with care systems which assigned wider clinical roles to PHC nurses suggested greater readiness for this type of model and that the specific training of PHC nurses was perceived as essential to gain confidence in a more autonomous performance, it is important to assess the future impact of establishing a speciality in family health and of pilot experiments for the implementation of family nursing.

References

- Aquilino, M. L., Damiano, P. C., Willard, J. C., Momany, E. T., & Levy, B.T. (1999). Primary care physician perceptions of the nurse practitioner in the 1990's. *Arch Family Medicine*, 8, 224-227.
- Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L. & Dussault, G. (2013). Nurses in advanced roles: A review of acceptability in Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(Spec), 38-46.
- Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries (54)*. Paris: France: OECD.
- Dolowitz, D. P. & Marsh, D. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*, 13, 5–25.
- Dussault, G., & Fronteira, I. (2010). *Recursos humanos para a saúde: Plano integrado no plano nacional de saúde 2011-2016*. Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde.

- Greener, I. (2002). Understanding NHS reform: The policy transfer, social learning and path dependency perspectives. *Governance, 15*, 161-183.
- International Council of Nurses. (2003). ICN announces position on advanced nursing roles. *Journal of Advanced Nursing, 41*, 524-527.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness, 16*(1), 103-121.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2009). *Substitution of doctors by nurses in primary care*. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2
- Lukosius, B. D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 530-540.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology, 22*, 129-152.
- Nelson, S., Turnbull, J., & Bainbridge, L. (2014). *Optimizing scopes of practice. New models of care for a new health care system*. Ottawa, Canadá: Canadian Academy of Health Sciences.
- Richardson, G. & Maynard, A. (1995). *Fewer doctors?: More nurses?: A review of the knowledge base of doctor-nurse substitution* (135). New York, USA: University of York.
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E. & Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary care: An integrative review. *BMC Family Practice, 14*, 132.
- Temido, M. & Dussault, G. (2014). Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: Limites normativos à mudança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 1*, 45-54.
- Wilson, A., Pearson, D. & Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care: The GP perspective. *Family Practice, 9*(6), 641-646. Retrieved from <http://fampra.oxfordjournals.org/content/19/6/641.full>
- World Health Organization. (2000). *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen, Denmark: Author.

ANEXO IX
Artigo selecionado nº 2

RESEARCH ARTICLE

Open Access

A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa

Katherine Murphy^{1,3*}, Thandie Chuma¹, Catherine Mathews², Krisela Steyn¹ and Naomi Levitt¹

Abstract

Background: Diabetes and hypertension constitute a significant and growing burden of disease in South Africa. Presently, few patients are achieving adequate levels of control. In an effort to improve outcomes, the Department of Health is proposing a shift to a patient-centred model of chronic care, which empowers patients to play an active role in self-management by enhancing their knowledge, motivation and skills. The aim of this study was to explore patients' current experiences of chronic care, as well as their motivation and capacity for self-management and lifestyle change.

Methods: The study involved 22 individual, qualitative interviews with a purposive sample of hypertensive and diabetic patients attending three public sector community health centres in Cape Town. Participants were a mix of Xhosa and Afrikaans speaking patients and were of low socio-economic status.

Results: The concepts of relatedness, competency and autonomy from Self Determination Theory proved valuable in exploring patients' perspectives on what a patient-centred model of care may mean and what they needed from their healthcare providers. Overall, the findings of this study indicate that patients experience multiple impediments to effective self-management and behaviour change, including poor health literacy, a lack of self-efficacy and perceived social support. With some exceptions, the majority of patients reported not having received adequate information; counselling or autonomy support from their healthcare providers. Their experiences suggests that the current approach to chronic care largely fails to meet patients' motivation needs, leaving many of them feeling anxious about their state of health and frustrated with the quality of their care.

Conclusions: In accordance with other similar studies, most of the hypertensive and diabetic patients interviewed for this study were found to be ill equipped to play an active and empowered role in self-care. It was clear that patients desire greater assistance and support from their healthcare providers. In order to enable healthcare providers in South Africa to adopt a more patient-centred approach and to better assist and motivate patients to become effective partners in their care, training, resources and tools are needed. In addition, providers need to be supported by policy and organisational change.

Keywords: Diabetes, Hypertension, Self-management, Lifestyle modification, Motivation, Self determination theory

* Correspondence: km.murphy@uct.ac.za

¹Chronic Disease Initiative for Africa and Division of Diabetes and Endocrinology, Department of Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

³Chronic Diseases Initiative for Africa, Department of Medicine, Groote Schuur Hospital, Observatory, J 47-85 Old Main Building, 7925 Cape Town, South Africa

Full list of author information is available at the end of the article

Background

Both diabetes and hypertension contribute significantly to the burden of non-communicable disease (NCD) in South Africa (SA). The prevalence of diabetes is estimated to be 9.0 % in the age group 30 and older (approximately 2 million cases) [1] and in a recent population based survey, 78 % of South Africans over 50 years of age were found to have hypertension [2].

The responsibility for the management of the majority of patients with NCD and/or their risk factors falls on the public sector, primary health care services, which are delivered at a community and district level and are mainly nurse driven. Approximately 17 million visits to Department of Health clinics per annum are related to hypertension and diabetes [3]. However, the early diagnosis, management and outcomes of care for patients attending these services are sub-optimal and few patients are achieving adequate levels of control; despite attending facilities on a monthly basis [4]. For example, a large study conducted in 18 primary care clinics showed that 67 % of patients with hypertension had BP >140/90 mm Hg and 58 % of patients with diabetes had non-fasting blood sugar levels >11.1 mol/L [5].

The national Department of Health has acknowledged that there is a pressing need to improve the quality of NCD care through appropriate training, the provision of resources and the reorganisation of primary care so as to accommodate a more concerted focus on health promotion and disease prevention [3]. In line with WHO recommendations, they propose a shift to a more patient-centred model of chronic care, which emphasises the importance of empowering patients to play an active role in self-management by enhancing their knowledge, motivation and skills for behaviour change, as well as their self-efficacy to carry out the behaviours necessary for long term self-care in their life context.

However, there is a paucity of data in South Africa on NCD patients' current experiences of chronic care, their perspectives on and their capacity for self-management. Additionally, there is little understanding of what they might need from healthcare providers that would empower them to become active partners in their long term care. The aim of this study was to explore these issues among people with diabetes and hypertension attending public sector healthcare services Cape Town, to contribute to a greater understanding of what patient-centred models of care may mean from the patient's perspective and how interventions can be tailored accordingly, to take into account their needs and preferences.

Self Determination Theory (SDT) underpinned the study [6] as it provides a useful framework for exploring patients' capacity and motivation for self-care and the extent to which the healthcare system serves to either enhance or impede this. Over the past 15 years a

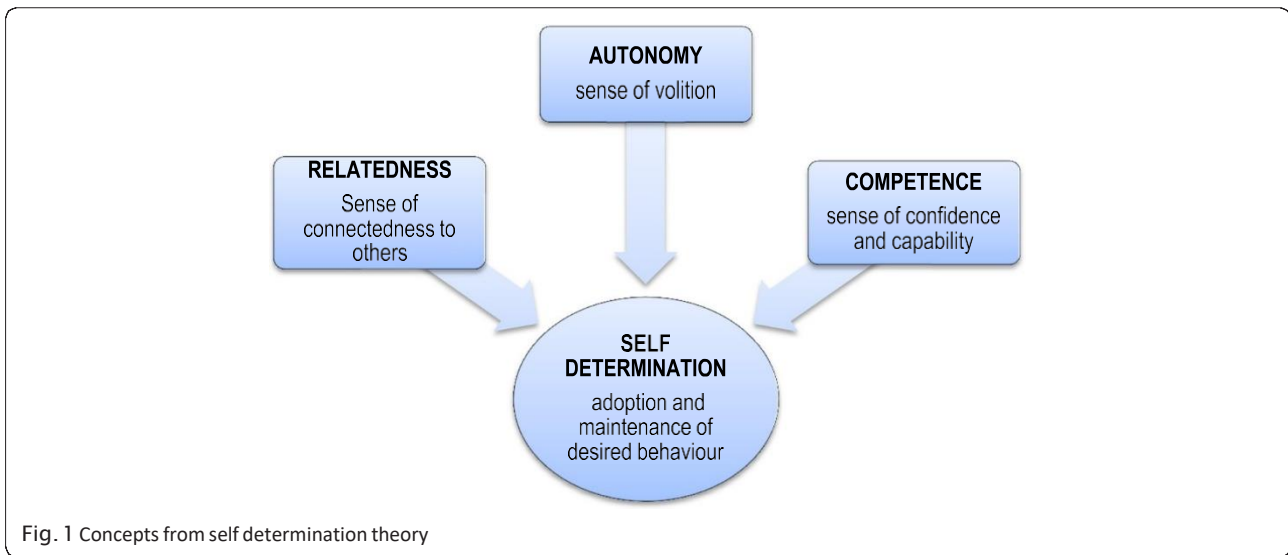
growing body of research has confirmed the utility and efficacy of the SDT model in behaviour change interventions for tobacco dependence, diet, physical activity, glycaemic control, medical adherence and dental care [6] (Fig. 1).

According to this theory, patients are more likely to identify with and internalise the need to adopt healthy lifestyle behaviours or adhere to treatment when their basic psychological needs for autonomy, competence and relatedness are supported. Patients feel *autonomous* when they regulate their behaviour volitionally, rather than because of external pressure or coercion; feel *competent* when they are informed, capable and effective in achieving desired outcomes and feel a sense of *relatedness* or connection with others when they feel respected, understood and cared for. Importantly, gaining a sense of competency is facilitated by autonomy - that is once a person is volitionally engaged and has personally endorsed or identified with the value or importance of a behaviour change, they are then more likely to learn and apply new strategies and skills to initiate and maintain change, and ultimately achieve better health outcomes. In contrast to self-efficacy theory [7], SDT predicts that competence alone is not sufficient to ensure adherence; it must be accompanied by autonomy. In the context of NCD care, there are several ways in which clinicians can assist patients develop competency and support autonomy: they can elicit and acknowledge the patient's perspective; offer choices about treatment options; prompt a meaningful rationale for lifestyle change from the patient themselves, and support the patient in an exploration of how to change, without applying pressure that detracts from a sense of agency and choice. In this sense, SDT is highly congruent with the philosophical tenets of patient-centred care and more particularly, with the behaviour change counselling methods of motivational interviewing [8].

Methods

We conducted a qualitative study comprising individual, in-depth interviews with hypertensive and diabetic patients. The research was undertaken in 3 out of the 44 public sector Community Health Centres in the Cape Town metropolitan area that provide free, primary healthcare services for those unable to afford private health insurance. The clinics were selected under the direction of the Western Cape Provincial Department of Health as typical of public health services and situated in residential areas of low socio-economic status.

A criterion sampling procedure was used to select patients who had diabetes and/or hypertension; were over 18 years old; had received a diagnosis of hypertension or diabetes within the last 10 years, but for longer than the past 3 months; who were willing to be interviewed



within the clinic environment; able to communicate in simple English and provide informed consent. Patients were approached while they waited in the queue for their appointment, questioned briefly to determine whether they fitted the selection criteria and then asked if they would agree to an interview, either while they continued to wait for their appointment or soon afterwards. The interview took place in a private venue on the clinic premises.

The interviews were conducted in simple English, but an interpreter who could speak both the local vernaculars, Xhosa¹ and Afrikaans², was on hand to assist participants who needed to explain something in their mother tongue. This was then interpreted back into English for the benefit of the interviewer, who was not proficient in these languages. This procedure was explained during the recruitment process.

The format of individual qualitative interviews allowed for the in-depth and confidential exploration of participants' experiences, opinions, beliefs, feelings and actions. An interview schedule was used to ensure that key topics relating to study objectives were covered during the discussion. The schedule included questions which aimed to elicit patients' personal experiences of chronic disease care; their perceived competence, autonomy and motivation for self-management, as well as perceived barriers. The questions were broadly framed and open-ended and the structure of the interview was flexible in order to give participants the opportunity to shape their own narratives and raise issues of importance to them. For example, one of the open questions used to elicit patients' experiences of care was: "Please can you tell me about your experience of the visit when the doctor told you that you had diabetes/hypertension...."

The strategy of *member checking* [9] was used during the interviews to minimise researcher bias. This involves restating and summarising key information provided by the respondent by use of reflective summaries to test the accuracy of the researcher's understanding.

A brief questionnaire was administered prior to each individual interview, which collected basic demographic information. Both research instruments were piloted before fieldwork commenced.

Data analysis of the verbatim, transcribed interview texts proceeded according to the discrete steps for qualitative content analysis as outlined by Graneheim and Lundman [10] and Elo and Kyngas [11]. After an initial reading of all the available transcripts, 'units of meaning' in sentences or paragraphs were described in the abbreviated form of a code. The codes were then grouped into more abstract categories with various dimensions or characteristics and finally, these were organised into the core categories or themes guiding the investigation, which were derived from Self Determination Theory. Thus analysis was both a deductive and inductive process in that the data was scrutinised for a priori issues relating to the research questions, but also captured unanticipated explanations and issues raised by the respondents. An analytical framework was 'workshopped' among members of the research team before being applied across all the interviews as a means of grouping views, experiences and quotes according to their appropriate thematic reference.

Once the first ten interviews were completed, data analysis started and then proceeded contemporaneously with further sampling. Once no new information was being obtained for on-going thematic development, sampling ceased. This point was reached after 22 interviews.

Ethical clearance was obtained from the University of Cape Town's Human Research Ethics Committee. Written consent was obtained from all participants after an explanation of the study was provided.

Results

Demographics

Of the 22 respondents interviewed, nine had hypertension, six had diabetes and seven had both. Twelve respondents reported various other co-morbidities, which included: HIV, gout, breast cancer and arthritis. All participants were taking prescribed medication for their condition.

More females were willing to be interviewed than males. As a result, 16 women were interviewed and only six males. The age range was between 30 and 75 years;

12 spoke Xhosa³ as their first language and ten Afrikaans.⁴

In terms of education, six reported having only had a primary school education; 11 reported that they had a high school education and the remaining five participants had some form of tertiary education. Fourteen considered themselves employed, but only four had formal employment. Sixteen were either single or widowed and 6 were currently married.

A minority of respondents - 4 out of 22 - were found to have had successfully initiated and maintained behaviour change in response to their diagnosis. These four had significantly modified their diet over time and two were physically active on a regular basis.

Themes

The findings are presented in accordance with the key variables theorised to determine motivation for health-related behaviour change in the SDT, namely: *relatedness*, *autonomy support* and *competence*.

Theme 1: Relatedness with healthcare providers

This theme refers to the extent that patients felt understood, cared for and valued by their healthcare providers. According to SDT, a lack of relatedness can influence a patient's process of coming to terms with their chronic condition and impact on the level and quality of their motivation to control their condition through lifestyle modification and adherence to medication [6]. Patient's descriptions of their experiences pointed to a number of issues which suggested that providers had failed to establish a sense of relatedness with them. These included: providers not having the time, communication skills or inclination to explain the cause and nature of the illness to patients or to counsel them on self-management; a lack of emotional support and reassurance for patients, particularly at the time of diagnosis, and accounts of providers alienating patients by being impatient and rude.

For example, *When I came to the clinic, tests were done and the doctor just recorded a lot of things in the folder. They didn't really explain anything to me, so even today; I really don't know why I have this thing or what to do. I am worried (Female, 65 years old).*

The failure to offer an adequate explanation at diagnosis, of the aetiology and nature of the illness left many patients feeling shocked and confused and in need of emotional support. Twelve out of the 22 participants reported feeling high levels of anxiety and stress when they received the diagnosis, because they believed it to be a certain 'death sentence' - a misconception which healthcare providers failed to identify and dispel. For example, *When the doctor told me that was diabetic, I thought that I was going to die or have to cut my legs off. I was so scared! (Female, 31 years old).* This patient had not divulged her fears to the doctor and had remained unaware for some time that it was possible to effectively manage the condition to avoid complications.

The consequence for another patient, who believed that diabetes could be cured after several months of treatment, was a lingering distrust of the doctor and the diagnosis: *I believe the doctor was lying to me when she said it's just a normal thing, because a normal thing reaches a point when it gets out of the body. But I find that its three months now and I am carrying on and on... So far, I am taking my medication, but after 4 months (if I am not cured) I will drink Aloe Vera if necessary (Male, 34 years old).*

The desire to receive more information and counselling from healthcare providers was a strong emergent theme. Patients specifically wanted healthcare providers to spend more time explaining why and how they had come to have diabetes or hypertension and to provide practical guidance on self-management and lifestyle modification. However, they were uncertain about asserting these needs, either because of a lack of confidence in asking this of an authority figure, or in some instances, out of consideration for the time pressures faced by providers in the public sector: *I know the doctors are under pressure and there's the next patient waiting, but I just wish that they could be more detailed, sort of give us more information, talk with us about what this whole thing entails (Female, 46 years old).*

Several other patients described how the negative attitudes of healthcare providers inhibited their ability to be open with and trusting of them. This finding was common across all three clinics. Patients complained about nurses in particular, being impatient, abrupt and disrespectful. For example: *When it comes to the nurses it is really bad. When you go inside to see the doctor, he will talk to you fine, but when it comes to the nurses, hm-mm, they are so rude. It's not a good experience (Female, 50 years old).*

Another patient recounted being frequently reproached by doctors for not successfully controlling his glucose levels. He interpreted this as the doctors having little empathy for his struggles and therefore felt unable to explain his difficulties to them or to ask questions about how else he could improve his level of control: *The doctors always complain because every time they check my sugar it is very high. I just don't understand, because I have cut out all the sugar, no cakes, sweets or anything of that sort (Male, 75 years old).*

These negative experiences affected patients' ability to accept their condition, as well as their motivation to engage with providers around lifestyle issues and other concerns.

In contrast, there were four respondents who described their interactions with healthcare providers in positive terms, expressing an appreciation for being given information and practical advice: *I remember the doctor told me about what to eat, what not to eat. It was like, some sort of a counselling. And I was given a paper on the right diet for high blood pressure.... (Female, 34 years old).*

The sisters sometimes tell us things like, what to wear on your feet and that shoes shouldn't be too tight. So, they're teaching things that we didn't know (Female, 62 years old).

Theme 2: Experiences of autonomy support

This theme relates to the extent to which the healthcare provider empowers the patient with a sense of control and choice over health related decisions. None of the patients described an experience of a healthcare provider actively encouraging their collaboration or fostering power-sharing in the consultation. The overall impression was that the traditional model of provider-patient interaction prevailed, where the provider assumes a dominant, expert role and determines the agenda of the consultation, leaving the patient with little or no opportunity for interaction.

It appeared that with a few exceptions (4), patients did not have the necessary knowledge to enable them to actively engage in decision making about treatment, self-management or lifestyle modification. *I am not sure what it (diabetes) is, but at least what I am doing is just to always get my medication (Female, 58 years old).*

Furthermore, it appeared from some patient accounts that when healthcare providers did proffer relevant information, they were not encouraged to express any response or opinion. This suggests that providers did not elicit their perspectives or act to inspire feelings of control or choice, for example: *I was told I must eat differently, but the doctor never discussed with me how I must eat (Male, 34 years old).*

As a result of a lack of engagement with these issues, some patients had not yet personally endorsed or identified with the value or importance of self-management and lifestyle change, but reported merely complying with the medical treatment as prescribed: *I just follow instructions as the doctor said to me. I decided ok, the doctor told me this and this, which is why I have to follow it, because they know what I don't know. They saw it in my body...so I just carry on.. (Male, 34 years old).*

Some patients also reported having had questions, but feeling apprehensive about asking them. For example, one of the respondents explained that he was very unhappy with his medication, but did not raise the issue with the doctor, because he expected to be reprimanded for not having succeeded in lowering his blood pressure. In this case, the patient's inability to resolve his concerns about medication had implications for his adherence to treatment: *I am not happy. I feel dizzy and tired..... I think that this is the wrong medication. I wish that the doctor can change that tablet that I am using... Even today, I was telling myself to ask the doctor if she can change my medication, but I am worried about what she will say to me..... (Male, 34 years old).*

These quotes illustrate how a lack of understanding, coupled with a lack of autonomy support, limited the ability of some patients to develop the kind of intrinsic motivation hypothesised by SDT to be important for long term self-care.

Theme 3: Competency for self-management

A striking finding across the interviews was the low level of health literacy among patients (defined as the extent which an individual can obtain, process and understand the basic information and services needed to make appropriate decisions regarding their health) [12].

Only about half the sample reported having received some form of information at the clinics, which suggests that the provision of health education for people with hypertension and diabetes attending these facilities is, at best, unsystematic or inconsistent. Nine patients recalled receiving brief, prescriptive advice from doctors or nurses on some aspects of self-care; ten had received some form of written material (either a small pamphlet or diet sheet) and one patient had received a referral to a dietician from their doctor. A general lack of education materials was verified by the researcher's own observations: the only evident materials at all 3 clinics were some posters containing messages on the symptoms of diabetes, foot care and dietary advice.

Without adequate information from healthcare providers and without an attempt on their part to understand patients' existing levels of knowledge or beliefs about their illness, problematic misconceptions about the causes of Type 2 diabetes and hypertension prevailed. In

addition, only a few patients (4) appeared to understand the role of lifestyle in the development and control of these conditions. This often resulted in a lack of agency, with consequent negative implications for self-care.

For example, two respondents believed their hypertension to be caused by an external agent contaminating their blood: *I don't know the cause of this thing or how it got into my blood. My father told me my high blood pressure could be a sign that my blood is dirty, but I don't know* (Male, 34 years old).

Another common belief was that hypertension was a disease of the nerves, caused by emotional upset: *I have high blood pressure because my son was shot in 2006. I never went for counseling then, so afterwards it worked on me. That's why I have high blood pressure* (Female, 54 years old).

In two other instances, a belief that their hypertension was inherited and that there was nothing one could have done to avoid it, resulted in patients fatalistically resigning to the condition: *My grandmother used to have high blood pressure. So the day that I was diagnosed, I was waiting for it* (Female, 35 years old). Other patients, on the basis of certain prevailing lay beliefs, misdirected their efforts in seeking effective treatment. For example, several patients reported using alternative remedies such as Aloe Vera or 'holy water', or attempting to 'clean their blood' to cure their illness: *There is a lady who told me that this (diabetes) is caused by dirty blood. She told me that I must clean my blood with a Vitamin B injection from the chemist and then my blood will be okay* (Female, 62 years old).

In two cases, patients mistakenly believed that the symptoms of other health problems were associated with their chronic condition and had failed to seek appropriate treatment for them: *Ever since I got this high blood pressure, when I go to the toilet my urine feels very hot. And sometimes when I am having sex it burns. I don't know if it's because of this thing in my body (high blood pressure). I am really not happy with this* (Male, 34 years old).

Most patients (18) expressed a lack of confidence in undertaking self-care and an uncertainty about how to go about modifying their lifestyle. Lacking in the necessary competency, they looked to healthcare providers for input and assistance and were disappointed when this was not forthcoming: *They (the doctors) didn't tell me anything (about my lifestyle). They just did a blood test and gave me medication..... that is all* (Female, 34 years old).

In some instances, it was clear that patients were willing to make lifestyle changes, but needed more detailed information from their healthcare provider in order to be able to implement these: *The doctor said that I must leave (out) the salt in the food because the danger is the*

salt. But she didn't explain what kind of food I must eat. So, I don't know what I must eat at home... (Male, 34 years old).

In other instances, patients had taken certain steps to modify their lifestyles, but described various barriers, such as a lack of support at home or the cost of healthier foods, which limited their ability to initiate or maintain behaviour change (these aspects are to be reported elsewhere). Many also expressed anxiety about their current state of health and complained of various symptoms, which suggested that they were not well controlled.

In contrast, there were four patients who demonstrated relatively good knowledge about the role of lifestyle modification in managing their condition, reporting that they had actively sought out information from the mass media: *From the day hospital, I went onto the internet, read books, um, talked to other people. I found out a lot of the things.....* (Female, 46 years old).

In addition, these respondents expressed confidence in their ability to make appropriate decisions and to cope with their condition, and reported having implemented and sustained lifestyle changes: *Exercise became very important to me after I was diagnosed with high blood pressure. I started going to gym. I am also watching my diet now* (Female, 46 years old).

I am part of an exercise group. I started last year and now I go every Thursday. I am really happy about joining. We are about 15 and everyone has a chronic illness, so we share ideas (Female, 66 years old). For this patient, the assistance she had received from her providers had been a direct catalyst for behaviour change: *The doctor gave me information about diet and exercise and the sister referred me to the club... that is how I joined.*

Discussion

Structured, patient-centred, self-management education and behaviour change counselling has been recommended as the cornerstone of effective diabetes and hypertension management in numerous guidelines [13]. Such an approach aims to enhance *patient activation* (the patient's willingness and ability to participate in decision making and take independent action to manage their health in their life context) through the building of a collaborative and autonomy supportive relationship. There is a growing body of evidence linking patient activation to the adoption of healthy behaviours, improved clinical indicators (including reductions in HbA1C, cholesterol and blood pressure), more positive experiences of care and lower healthcare costs [14, 15].

The fact that most patients in our study reported not having received adequate information; counselling or social support from their healthcare providers put them at a significant disadvantage in developing the *activation* necessary to manage their condition. An awareness of

this deficit, accounted for the anxiety and frustration that many patients expressed about their state of health and quality of care. It is possible that this level of support from healthcare providers is perhaps even more important for patients of low socio-economic status who, as with our sample, often lack the health literacy, material resources and self-efficacy to cope with the complex burden of self-care.

Other South African studies have reported similar findings among NCD patients attending public sector health services. In a study by Mshunqane et al. [16], patients displayed a significant lack of knowledge on the role of lifestyle modification in preventing diabetes complications and were confused about the chronic nature of the disease. Three other qualitative studies among patients in rural areas of the North West, Western Cape and Limpopo provinces have also reported a critical lack of knowledge about the causes of Type 2 diabetes and hypertension, with consequent negative implications for adherence and control [17–19].

The problems with *relatedness* described by the participants in this study have also been reported by chronic patients in the rural areas of the Western Cape [18] and Gauteng Provinces [20]. In the latter study, the lack of relatedness was found to be among the reasons why some hypertension patients preferred to consult with traditional healers. Respondents perceived them as having more time for interaction, as well as being more knowledgeable, understanding and accommodating of patients' wishes regarding their treatment compared to 'Western trained' clinicians. Goudge et al. [21] also reported that poor interaction with providers led to some patients giving up on the public health system and going 'healer shopping'.

Such characterisations of patient-provider interactions are not unique to SA. For example, Heisler et al. [22], who interviewed African-American and Latino diabetics in Detroit, found patients had joined a community-based programme out of frustration with a lack of information from healthcare providers and their focus on medication, at the expense of lifestyle modification. These patients reported feeling more comfortable discussing their concerns about self-management with community health workers. Fort et al. [23], mention the "vertical style of communication" with providers as being a significant barrier to effective self-management among diabetic and hypertensive patients in Mexico and Costa Rica. And Mathew et al. [24] in another qualitative study in Toronto, Canada, highlight older diabetic patients' expressed needs for support from their doctors – for both the affective and practical aspects of self-management.

However, from the perspective of healthcare providers, both in SA and elsewhere, there are a number of common barriers to the provision of NCD care that would

qualify as patient-centred and empowering. These include a lack of: time for the provision of education and counselling; training in appropriate communication skills; patient educational resources and aids, as well as a lack of continuity in care [25, 26].

Training has been shown to be effective in overcoming some of these barriers as it can demonstrably teach communication skills, change negative attitudes about the delivery of lifestyle interventions, as well as the style of interaction in behaviour change consultations so that they are more autonomy supportive [8, 26]. However, clinician training has very limited impact on practice if not accompanied by health system reform which supports a greater emphasis on health promotion and disease prevention as a standard of good care; promotes a consistent approach across the entire chronic care team; allows more clinician time for education and counselling and develops effective referral linkages with allied services and community-based resources [27, 28]. To this end, research is urgently needed in our setting to investigate what kinds of organizational changes are required to accommodate patient-centred models of chronic care and how to upscale them. The proposed integration of NCD/HIV chronic care may facilitate the transfer of lessons from the considerable success of local antiretroviral therapy (ART) programmes in empowering patients for self-management, as well as more optimally make use of scarce human resources [29]. These programmes have relied extensively on trained community health workers and facilitated peer support groups to assist HIV patients in developing the knowledge, skills and confidence to manage their health and interact productively with the health services. This may well be a vital component in an expanded model of NCD care in SA which seeks to increase the levels of patient activation and competency for self-management.

Limitations

This study had a number of limitations. More women than men agreed to be interviewed, thus limiting the possibility of gaining insight into possible gender differences in the experience of care or self-management. Recall bias was inevitable as patients recalled experiences extending as far back as a few years. Finally, a minority

(3) of the interviews could not be conducted in English. In these cases, the researcher, who was not fluent in Xhosa or Afrikaans, required the assistance of an interpreter, which may have limited her ability to build rapport with these patients.

Conclusion

This study makes a contribution to understanding what NCD patients need from their healthcare providers for effective self-management. Its findings may be particularly

pertinent at this time when current models of NCD care are under critical review in SA. Whilst behaviour change is difficult and individual choices are significantly influenced by broader social, cultural and environmental factors, there is much evidence that shows that healthcare providers can play a vital role in motivating and assisting patients in modifying NCD risk behaviours [26, 27]. Policy frameworks, training programmes, resources and tools are needed in South Africa in order to enable healthcare providers to better undertake these tasks. Furthermore, research is required to investigate how proposed models of chronic care, which support NCD patients' needs for relatedness, autonomy and competence can be integrated into a primary health care system still geared to providing acute, episodic care.

Endnotes

¹Xhosa is the southernmost branch of the Nguni group of African language, mainly spoken in the Eastern and Western Cape provinces of SA.

²Afrikaans is a creole language unique to SA and spoken by people of Dutch settler descent and of mixed ancestry.

³Xhosa is the southernmost branch of the Nguni group of African language, mainly spoken in the Eastern and Western Cape provinces of SA.

⁴Afrikaans is a creole language unique to SA and spoken by people of Dutch settler descent and of mixed ancestry.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

TC recruited the participants; conducted all the interviews; analysed and interpreted the data and drafted a master's thesis on the study. KM, CM, KS and NL contributed to the design the study; supervision of the fieldwork; interpretation of the data and gave critical input into the drafting of the thesis. KM drafted the manuscript. CM, TC, KS and NL were involved in giving critical input and revising the manuscript. All authors read and approved the final draft.

Authors' information

KM, KS and NL are all affiliated to the Chronic Disease Initiative for Africa (CDIA), which has as its mission the development, evaluation and dissemination of methods and programmes to prevent NCD and improve the quality of care for patients with these chronic diseases and their risk factors. The institution is based at the University of Cape Town, but comprises a network of researchers with an interest in NCD across the Southern African region. NL is the director of the CDIA. CM is the Director of the Health Systems Research Unit at the Medical Research Council, Cape Town, South Africa and is also a staff member of the Department of Public Health at UCT. TC was a Master's student from Botswana, registered in the Department of Public Health at the University of Cape Town and supervised by KM and CM.

Acknowledgements

We would like to acknowledge United Health and the Cancer Association of South Africa for their funding contribution to the project as part of CDIA's programme of work and for their support for capacity development of young NCD researchers.

Author details

¹Chronic Disease Initiative for Africa and Division of Diabetes and Endocrinology, Department of Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa.

²Department of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa. ³Chronic Diseases Initiative for Africa, Department of Medicine, Groote Schuur Hospital, Observatory, J 47-85 Old Main Building, 792 5 Cape Town, South Africa.

Received: 4 December 2014 Accepted: 24 July 2015

Published online: 01 August 2015

References

- Bertram MY, Jaswal AV, Van Wyk VP, Levitt NS, Hofman KJ. The non-fatal disease burden caused by type 2 diabetes in South Africa, 2009. *Glob Health Action*. 2013;6:19244.
- Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014;43(1):116–28.
- Department of Health RoSA. Strategic plan for the prevention and control of non-communicable diseases, 2013–17. 2013.
- Bradshaw DSK, Levitt N, Nojilana B. Non-communicable diseases – a race against time, South African Medical Research Council Policy Brief. 2011.
- Steyn K, Levitt D, Patel M, Fourie J, Gwebushe N, Lombard C, et al. Hypertension and diabetes: poor care for patients at community health centres. *S Afr Med J*. 2008;98(8):618–22.
- Ryan RM, Patrick H, Deci EL, Williams GC. Facilitating health behaviour change and its maintenance: interventions based on self-determination theory. *Eur Health Psychol*. 2008;10(1):2–5.
- Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol*. 1989;44(9):1175.
- Rollnick S, Miller WR, Butler C. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. UK: Guilford Press; 2008.
- Harper M, Cole P. Member checking: can benefits be gained similar to group therapy. *Qual Rep*. 2012;17(2):510–7.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
- Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107–15.
- Keleher H, Hagger V. Health literacy in primary health care. *Aust J Prim Health*. 2007;13(2):24–30.
- Organisation WH. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 2002.
- Hibbard JH, Greene J, Overton V. Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'. *Health Aff*. 2013;32(2):216–22.
- Simmons LA, Wolever RQ, Bechard EM, Snyderman R. Patient engagement as a risk factor in personalized health care: a systematic review of the literature on chronic disease. *Genome Med*. 2014;6(2):16.
- Mshunqane N, Stewart AV, Rothberg AD. Type 2 diabetes management: patient knowledge and health care team perceptions, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2012;4(1):7.
- Muchiri JW, Gericke GJ, Rheeeder P. Needs and preferences for nutrition education of type 2 diabetic adults in a resource-limited setting in South Africa: original research. *Health SA Gesondheid*. 2011;17(1):1–13.
- Kagee A, Le Roux M, Dick J. Treatment adherence among primary care patients in a historically disadvantaged community in South Africa a qualitative study. *J Health Psychol*. 2007;12(3):444–60.
- Mothiba T, Malema R, Lekhuleni M. The experiences of the newly diagnosed hypertensive patients admitted into tertiary hospital campus in Limpopo Province, South Africa. *Afr J Phys Health Educ Recreation Dance: Contemporary Issues in Healthcare: Supplement 1*. 2013;19:213–21.
- Lotika AA, Mabuza LH, Okonta HI. Reasons given by hypertensive patients for concurrently using traditional and Western medicine at Natalspruit Hospital in the Gauteng Province, South Africa: original research. *Afr Prim Health Care Fam Med*. 2013;5(1):1–7.
- Goudge J, Gilson L, Russell S, Gumedde T, Mills A. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1):75.
- Heisler M, Spencer M, Forman J, Robinson C, Shultz C, Palmisano G, et al. Participants' assessments of the effects of a community health worker

intervention on their diabetes self-management and interactions with healthcare providers. *Am J Prev Med.* 2009;37(6):S270–9.

23. Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Montano CM, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):131.
24. Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract.* 2012;13(1):122.
25. W-a P, Steyn NP, Levitt NS, Lombard CJ. Health promotion services for patients having non-communicable diseases: feedback from patients and health care providers in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health.* 2012;12(1):503.
26. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach 11The full text of this article is available via AJP Online at www.ajpm-online.net. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267–84.
27. Consortium KAftL. Lifescripts practice manual: supporting lifestyle risk factors management in general practice. Canberra: Commonwealth of Australia; 2005.
28. Harris M. The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease, with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity, tobacco and alcohol. Canberra: National Preventative Health Taskforce; 2008.
29. Levitt NS, Steyn K, Dave J, Bradshaw D. Chronic noncommunicable diseases and HIV-AIDS on a collision course: relevance for health care delivery, particularly in low-resource settings—insights from South Africa. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(6):1690s–6s.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution



Submit your manuscript at www.biomedcentral.com/submit

BioMed Central publishes under the Creative Commons Attribution License (CCAL). Under the CCAL, authors retain copyright to the article but users are allowed to download, reprint, distribute and /or copy articles in BioMed Central journals, as long as the original work is properly cited.

ANEXO X
JBI- QARI - Artigo nº 1

Appendix I: Data extraction instruments



Título: Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo do exercício da enfermagem
REVISOR : GRAÇA TEIXEIRA

Autor: Marta Alexandra Fartura Temido, Isabel Craveiro, Gilles Dussault. **Ano** 2015
Título: Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo do exercício da enfermagem **Rev.** Enfermagem Referencia. Série IV- Nº 6 Páginas 75-85

	QARI					COMMENTS
	Criteria	y	n	unc	na	
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	x				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	x				
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	x				
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	x				
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	x				
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	x				
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.			x		
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	x				
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	x				
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	x				
Absolut Value		9	0	1	0	

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequívoco [x] **Credível** [] **Indefinido** []

Fundamentação: O artigo apresenta qualidade metodológica para ser incluído na RSL. É de total pertinência a sua análise e o seu contributo pois aborda a temática do campo do exercício da enfermagem nas equipas de saúde pública

Dimensões	Descrição das características
Método	Grupo focal – estudo qualitativo
Fenómeno de interesse	Conhecer a perceção das equipas de cuidados saúde primários portuguesas, no alargamento das suas competências/ exercício da enfermagem na comunidade.
Contexto de cuidados	Comunidade
Origem geográfica	Portugal
Origem cultural	Equipas de saúde familiar em Portugal
Participantes	Profissionais enfermeiros e médicos das USF do modelo B, uma de cada uma das cinco ARS de Portugal
Conclusões dos autores	<p>A atribuição de papéis clínicos mais vastos aos enfermeiros não reúne unanimidade.</p> <p>Algumas equipas manifestam disponibilidade para tal face ao seu potencial contributo para melhorar a resposta a necessidades assistenciais atualmente não satisfeitas.</p> <p>A formação nestas áreas é essencial para conquistar confiança num desempenho mais autónomo.</p> <p>Importa avaliar o impacto da especialidade e a existência do enfermeiro de família nestes contextos.</p>
Comentários do revisor	<p>Pelo artigo é notório que a atribuição de novos papéis no âmbito da enfermagem aos enfermeiros será o caminho. Há que criar condições para que tal aconteça, salvaguardando que serão papéis de enfermagem e de complementaridade, nunca de substituição.</p> <p>Há um mundo de necessidades de cuidados de enfermagem na comunidade, por satisfazer ao qual a enfermagem tem capacidade de dar resposta.</p> <p>A especialização e o mestrado fornecem as competências para tal.</p>

Identificação das categorias

Nome	Papel do enfermeiro de família	
Descrição Ilustração no txt	<p>Em 2000 Portugal foi um dos países que assumiu o compromisso da criação do enfermeiro de família.</p> <p>O sistema de saúde português indica uma combinação ineficiente de recursos humanos, com uma forte dependência do trabalho médico e um campo de exercício limitado da profissão de enfermagem, sobretudo nos cuidados de saúde primários (CSP) mais visíveis na área das doenças crónicas.</p>	<p>O seguimento por enfermeiros da gravidez de baixo risco, de crianças saudáveis e de doentes crónicos foram exemplos de áreas apresentadas como merecedoras de uma maior intervenção autónomas da enfermagem em duas das USF</p>
Nome	Atribuição de competências ao enfermeiro	
Descrição Ilustração no txt	<p>Em 2011 a ordem dos enfermeiros estabeleceu o seu perfil de competências do enfermeiro de família do estudo realizado posteriormente, surge um diploma que atribui à Direção Geral de saúde a identificação das áreas de partilha de responsabilidade.</p>	<p>As equipas de saúde identificaram e discutiram ainda uma grande variedade de opções relativamente às novas formas de trabalhar.</p> <p>O enfermeiro tal como o médico não deveria poder referenciar sozinho para fora da unidade, numa lógica de maximização da capacidade resolutive dos CSP, esta deveria ser uma decisão de equipa.</p>
Nome	Adequação as necessidades da população	
Descrição Ilustração no txt	<p>Cada país tem de encontrar as soluções que melhor se ajustam às suas necessidades em saúde de acordo com a oferta disponível por</p>	<p>O objetivo prioritário da forma de trabalhar identificado numa USF foi o de melhorar a resposta às necessidades assistenciais.</p>

	<p>forma a adequa-las às necessidades das populações a cuidar. Melhorando a eficiência.</p>	<p>Em Portugal (2013) traduziu-se num consumo desajustado de cuidados hospitalares pelas doenças crónicas de maior prevalência.</p>
--	---	---

Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>O entendimento de que a reforma dos CSP e o modelo USF modificou o paradigma de relacionamento e reforçou o modelo colaborativo de cuidados, sendo o papel do enfermeiro de família sua decorrência natural foi sublinhado:</p> <p>“ Quando foi implementada esta reforma dos cuidados primários, isto alterou, substancialmente a relação entre médicos enfermeiros e secretários” (pág. 79).</p> <p>Foi recolhida a perceção de que os enfermeiros a trabalhar em USF se consideram a si mesmos como enfermeiros de família “ o nosso papel, dentro da unidade já é de enfermeiro de família” (pág. 79)</p> <p>Contudo numa USF não deixou de ser sublinhado que, formalmente o titulo de enfermeiro de família decorre da posse de uma</p>	<p>Papel do enfermeiro de família</p>	<p>O papel do enfermeiro de família apesar de não formalizado é percecionado por estes como existente, ao não serem claramente assumidos não permitem a sua avaliação. Reforça-se a necessidade da existência de uma especialidade que o titule. Mas a reforma dos cuidados de saúde primários veio reforçar o modelo colaborativo no seio das equipas.</p>

<p>especialidade ainda por atribuir. (pág. 80)</p> <p>... Existem no terreno iniciativas de atribuição aos enfermeiros de CSP de campos de exercício mais amplos que não sendo claramente assumidos não permitem avaliação. (pág. 80)</p>		
<p>A reflexão sobre o alargamento do papel do enfermeiro de família deveria ser precedida da avaliação, ainda por realizar do trabalho de enfermagem nas USF. Desde que as USF iniciaram a sua atividade, a população foi ganhando mais confiança no papel deste profissional: “muitos utentes já aceitam a nossa opinião. (pág. 79)</p> <p>Numa USF a equipa venceu não fazer sentido discutir a atribuição de competências mais vastas aos enfermeiros quando as competências detidas não são inteiramente aproveitadas. “ o que nos falta é que haja um maior respeito e uma maior autonomia ...autonomia naquilo que nós fazemos e que são as nossas competências” (pág. 80).</p> <p>Três das USF as equipas aludiram à preocupação de uma qualquer</p>	<p>Atribuição de competências ao enfermeiro</p>	<p>Com a criação das USF a população ganha mais confiança no papel do enfermeiro, dando-lhe credibilidade, mas as competências existentes têm que ser bem aproveitadas. Passando por serem respeitadas à custa da autonomia e o assumir das responsabilidades inerentes, sustentadas por quadros normativos.</p>

<p>alteração do campo de exercício da profissão de enfermagem ser sempre enquadrada normativamente para adequada clarificação e responsabilização. (pág. 83)</p> <p>“Não está claro, nós não temos um suporte legal que ajude a clarificar as competências de cada um...” (pág. 83)</p>		
<p>Diferentes necessidades assistenciais, Uma das USF referiu-se a necessidade de adequar as respostas a necessidades diferentes: “é importante ver se mudaram as necessidades da população... . em outra destacou-se a necessidade de uma maior disponibilidade dos enfermeiros de CSP para trabalhar na prevenção. Numa USF ... salientou-se a necessidade de, por via de eventuais novos modelos, não descurar a resposta às necessidades agora enquadradas. (pág. 80)</p> <p>“ nós estamos a focalizar as profissões não estamos a focalizar no interesse do cidadão. Tem que se pedir resultados às equipas e nós continuamos a pedir resultados às profissões” (pág. 82)</p>	<p>Adequação as necessidades da população</p>	<p>Adequar os cuidados às necessidades das populações, estar disponível para as necessidades existentes de entre as quais se destaca a prevenção. Saber comunicar e ter flexibilidade será um eixo no sistema de cuidados. Já que enfermeiros podem prestar cuidados de saúde com o mesmo nível de qualidade que médicos a salientar, o caso das doenças crónicas são o exemplo de áreas apresentadas como merecedoras de intervenções autónomas de enfermagem nas USF.</p>

<p>“A palavra-chave é comunicação e flexibilidade”, que “protocolo é diferente de rigidez” e que “ o espirito de trabalho em equipa tem que predominar” (pág. 83)</p> <p>Várias revisões sistemáticas da literatura sobre a substituição de médicos por enfermeiros em atividades específicas em contexto de CSP revelaram que, em condições adequadas, os enfermeiros podem fornecer cuidados de qualidade equivalente aos prestados por médicos, com ganhos em termos de satisfação dos doentes. (pág. 76)</p>		
--	--	--

ANEXO XI
JBI- QARI – Artigo nº 2

Appendix II: Data extraction instruments



Título : A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa
--

Revisor Graça Teixeira

Autor: Katherine Murphy, Thandie Chuma, Caterine Mathews, Krisela Steyn e Naomy Levit
 Ano 2015

Título: A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa Volume - online Nº 1- agosto

Jornal : BMC. Health services Research 2015 Páginas 1-9

QARI						COMMENTS
Criteria	y	n	unc	na		
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	x				
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	x				
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	x				
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	x				
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	x				
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	x				
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.			x		
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	x				
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	x				
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	x				
Absolut Value		9	0	1	0	

Legend: Y – Yes | N – No | unc – unclear | na – not applicable

DECISÃO

Inequívoco [x] Credível [] Indefinido []

Fundamentação: O artigo apresenta qualidade metodológica para ser incluído na RSL. É de total pertinência a sua análise e o seu contributo ao aborda a temática do exercício da enfermagem nas equipas de cuidados de saúde primários/ doenças crónicas de saúde pública.

Dimensões	Descrição das características
Método	Estudo qualitativo-Colheita de dados através de entrevistas a doentes hipertensos e diabéticos. Feita análise de conteúdo
Fenómeno de interesse	Conhecer a motivação existente entre Doentes diabéticos e hipertensos para a autogestão da doença ao serem acompanhados no serviço de saúde de cuidados primários públicos na África do Sul
Contexto de cuidados	Centros comunitários de saúde do setor público
Origem geográfica	Cidade do Cabo Província de Western Cape
Origem cultural	Doentes de baixo status sócio- económico. Hipertensos e diabéticos atendidos em 3 Centros de saúde comunitários.
Participantes	<p>22 Entrevistas individuais a doentes que comunicam em Inglês com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes com diagnóstico nos últimos 10 anos, mas há mais de 3 meses, 16 mulheres e 6 homens, faixa etária entre os 30 e 75 anos.</p> <p>6 dos participantes tinham o ensino primário, 11 tinham o ensino secundário e os restantes tinham algum tipo de educação terciária.</p> <p>Catorze estavam empregados, mas apenas quatro com emprego formal, dezasseis eram solteiros ou viúvos e 6 estavam casados.</p>
Conclusões dos autores	<p>O estudo contribuiu para a compreensão de que a maioria dos doentes hipertensos e diabéticos desejam uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde para o empoderamento no seu autocuidado. Para que as mudanças necessárias sejam efetivas.</p> <p>São necessárias mais e melhore ferramentas e recursos para ajudar os pacientes a tornarem-se parceiros eficazes nos seus cuidados.</p> <p>Deve ser adotada uma abordagem centrada no paciente.</p> <p>Os provedores de cuidados precisam de ser apoiados por políticas e mudanças organizacionais.</p>
Comentários do revisor	<p>Após várias leituras deste documento, concluímos que a hipertensão e diabetes sendo doenças crónicas que afetam uma grande percentagem da população adulta carece de muita informação e formação por parte dos seus portadores.</p> <p>As patologias em causa são no contexto, maioritariamente acompanhadas por enfermeiros que nem sempre dão resposta às expectativas dos pacientes, faltando inclusive um bom relacionamento.</p> <p>O desconhecimento à cerca das patologias transforma-as num prolema para os seus portadores e para o Sistema de saúde com as</p>

	<p>consequências da falta de “controle” com consequências em complicações associadas (avc, enfartes, cegueira...) tornando-se dependentes, quando poderiam, se bem acompanhados e com a sua patologia controlada serem pessoas ativas, detentoras de um estado considerado de “saúde”.</p> <p>Há um longo caminho a percorrer por parte de todos, em que os profissionais/ enfermeiros serão os parceiros vitais na mudança necessária a operar. São os enfermeiros os responsáveis pela gestão da maioria dos cuidados de saúde primários públicos no que diz respeito a estas patologias.</p> <p>Há que promover um bom relacionamento entre utentes e profissionais, em que o fator comunicação eficaz e tempo disponibilizado será o elemento fundamental. Para que a mudança seja efetiva e eficaz.</p>
--	--

Identificação das categorias

Nome	Chronic disease care	
Descrição Ilustração no txt	<p>A condição de portador de doença crônica pode ser considerada como uma experiência de vida permanente, sendo por vezes causa de perdas em qualidade de vida e disfunções, além de uma mera alteração no quotidiano.</p> <p>Ser doente crónico não pode ser impedimento para não se ser capaz de manter a integridade, a independência e a autonomia.</p> <p>É fundamental apreender a dimensão da doença. O profissional tem aqui um papel fulcral ao fazer-se entender.</p> <p>Para a manutenção da desejada qualidade de vida do doente.</p>	<p><i>When the doctor told me that was diabetic, I thought that I was going to die or have to cut my legs off. I was so scared! (Female, 31 years old).</i></p> <p><i>When I came to the clinic, tests were done and the doctor just recorded a lot of things in the folder. They didn't really explain anything to me, so even today; I really don't know why I have this thing or what to do. I am worried (Female, 65 years old).</i></p>

Nome	Relatedness with healthcare providers	
Descrição Ilustração no txt	<p>As experiências acumuladas em relação ao contacto que se tem com os serviços de saúde e seus profissionais/ no caso enfermeiros, podem ditar de forma decisiva a adesão aos regimes terapêuticos. A confiança poderá traduzir-se na aquisição de conhecimentos necessários e fundamentais à gestão autónoma da doença, adoção de hábitos de vida saudáveis e ao empowerment, fundamental para a prevenção de complicações e promoção da saúde futura.</p>	<p><i>When it comes to the nurses it is really bad. When you go inside to see the doctor, he will talk to you fine, but when it comes to the nurses, hm-mm, they are so rude. It's not a good experience (Female, 50 years old).</i></p> <p><i>I know the doctors are under pressure and there's the next patient waiting, but I just wish that they could be more detailed, sort of give us more information, talk with us about what this whole thing entails (Female, 46 years old).</i></p> <p><i>The doctors always complain because every time they check my sugar it is very high. I just don't understand, because I have cut out all the sugar, no cakes, sweets or anything of that sort (Male, 75 years old).</i></p>
Nome	Experiences of autonomy support	
Descrição Ilustração no txt	<p>A falta de apoio à autonomia e a desresponsabilização não pode permanecer nas populações. A independência do indivíduo idoso reporta-se, igualmente, à manutenção da sua capacidade de tomada de decisão por si próprio e pela sua vida, tendo em consideração o seu estilo de vida e necessidade de cuidados. Esta</p>	<p><i>I was told I must eat differently, but the doctor never discussed with me how I must eat (Male, 34 years old).</i></p> <p><i>I feel dizzy and tired..... I think that this is the wrong medication. I wish that the doctor can change that tablet that I am using... Even today, I was telling myself to ask the doctor if she can change my medication,</i></p>

	<p>capacidade de autonomia está associada com o envelhecimento saudável (Schulz e Heckhausen, 1996).</p> <p>A parceria enfermeiro cidadão passa por ser um processo de negociação em que a autonomia da pessoa tem que ser respeitada acima de tudo.</p>	<p><i>but I am worried about what she will say to me..... (Male, 34 years old).</i></p>
<p>Nome</p>	<p>Competency for self-management</p>	
<p>Descrição Ilustração no txt</p>	<p>A gestão das doenças crônicas são um instrumento de qualidade em saúde, impulsionando a capacidade do doente para cumprir terapêuticas, alterar estilos de vida e comportamentos de risco e aceder aos recursos de saúde disponíveis.</p> <p>(Chronic Disease Management, British Columbia).</p> <p>O empowerment pode ser definido como um processo social de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade dos cidadãos irem de encontro à satisfação das suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários no sentido de controlarem a sua vida” (Gibson, 1991cit. por Ouschan [<i>et al.</i>], 2000).</p> <p>Em que a baixa literacia, pouco acesso aos cuidados de saúde são um fator dificultador neste processo.</p>	<p><i>Exercise became very important to me after I was diagnosed with high blood pressure. I started going to gym. I am also watching my diet now (Female, 46 years old).</i></p> <p><i>There is a lady who told me that this (diabetes) is caused by dirty blood. She told me that I must clean my blood with a Vitamin B injection from the chemist and then my blood will be okay (Female, 62 years old).</i></p>

Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p>Both diabetes and hypertension contribute significantly to the burden of non-communicable disease (NCD) in South Africa (SA).</p> <p>The prevalence of diabetes is estimated to be 9.0 % in the age group 30 and older (approximately 2 million cases)] and in a recent population based survey, 78 % of South Africans over 50 years of age were found to have hypertension.</p> <p>The responsibility for the management of the majority of patients with NCD and/or their risk factors falls on the public sector, primary health care services, which are delivered at a community and district level and are mainly nurse driven.</p> <p>However, the early diagnosis, management and outcomes of care for patients attending these services are sub-optimal and few patients are achieving adequate levels of control; despite attending facilities on a monthly basis.</p> <p>The national Department of Health has acknowledged that</p>	<p>Chronic disease care</p>	<p>Na africa do sul diabetes e hipertensão são doenças crónicas com um peso significativo na saúde pública. Mas a atenção que lhes tem sido dispensada ao nível do diagnóstico precoce e acompanhamento dos doentes é bastante deficitária quer por parte das instituições quer por parte dos profissionais.</p> <p>Devido ao pouco conhecimento à cerca da doença por parte dos doentes, é preconizado que aconteça uma mudança na prestação de cuidados, devendo esta ser centrada no paciente e nas suas necessidades de formação e informação tornando-os elementos ativos nos cuidados de que necessitam e são alvo. Promovendo a saúde e empowerment das populações.</p>

<p>there is a pressing need to improve the quality of NCD care through appropriate training, the provision of resources and the reorganization of primary care so as to accommodate a more concerted focus on health promotion and disease prevention</p> <p>In line with WHO recommendations, they propose a shift to a more patient centered model of chronic care, which emphasizes the importance of empowering patients to play an active role in self-management by enhancing their knowledge, motivation and skills for behavior change, as well as their self-efficacy to carry out the behaviors necessary for long term self-care in their life context. There is a paucity of data in South Africa. Additionally, there is little understanding of what they might need from healthcare providers that would empower them to become active partners in their long term care.</p>		
---	--	--

This theme refers to the extent that patients felt understood, cared for and valued by their healthcare providers.

According to Self Determination Theory (SDT), a lack of relatedness can influence a patient's process of coming to terms with their chronic condition and impact on the level and quality of their motivation to control their condition through lifestyle modification and adherence to medication.

<p>Patient's descriptions of their experiences pointed to a number of issues which suggested that providers had failed to establish a sense of relatedness with them.</p> <p>These included: providers not having the time, communication skills or inclination to explain the cause and nature of the illness to patients or to counsel them on self-management; a lack of emotional support and reassurance for patients, particularly at the time of diagnosis, and accounts of providers alienating patients by being impatient and rude.</p> <p>The failure to offer an adequate explanation at diagnosis, of the aetiology and nature of the illness left many patients feeling shocked and confused and in need of emotional support. Twelve out of the 22 participants reported feeling high levels of anxiety and stress when they received the diagnosis, because they believed it to be a certain 'death sentence' – a misconception which healthcare providers failed to identify and dispel.</p>	<p>Related ness with healthcare providers</p>	<p>Não existe um verdadeiro envolvimento de confiança entre o doente e o profissional de saúde as causas apontadas passam pela falta de tempo, desadequação da linguagem e na forma de comunicar.</p> <p>É de salientar a pouca informação dispensada a cada doente individualmente à cerca da doença de que são portadores, não se criando um ambiente propicio ao esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Todos os pacientes referem a necessidade de os profissionais dispensarem mais tempo e terem uma postura mais adequada e mais esclarecedora, fornecendo orientações práticas, para que os doentes tenham mais confiança nos profissionais.</p> <p>Devendo ainda ser encorajado por parte dos profissionais a participação ativa do doente no processo de gestão da sua doença.</p>
---	--	---

<p>The consequence for another patient, who believed that diabetes could be cured after several months of treatment, was a lingering distrust of the doctor and the diagnosis.</p> <p>The desire to receive more information and counselling from healthcare providers was a strong emergent theme. Patients specifically wanted healthcare providers to spend more time explaining why and how they had come to have diabetes or hypertension and to provide practical guidance on self-management and lifestyle modification.</p> <p>However, they were uncertain about asserting these needs, either because of a lack of confidence in asking this of an authority figure, or in some instances, out of consideration for the time pressures faced by providers in the public sector. In particular, being impatient, abrupt and disrespectful.</p>		
---	--	--

<p>Several other patients described how the negative attitudes of healthcare providers inhibited their ability to be open with and trusting of them. This finding was common across all three clinics. Patients complained about nurses in particular, being impatient, abrupt and disrespectful</p> <p>Another patient recounted being frequently reproached by doctors for not successfully controlling his glucose levels. He interpreted this as the doctors having little empathy for his struggles and therefore felt unable to explain his difficulties to them or to ask questions about how else he could improve his level of control</p> <p>These negative experiences affected patients' ability to accept their condition, as well as their motivation to engage with providers around lifestyle issues and other concerns. In contrast, there were four respondents who described their interactions with healthcare providers in positive terms, expressing an appreciation for being given information and practical advice.</p>		
--	--	--

<p>The healthcare provider empowers the patient with a sense of control and choice over health related decisions. None of the patients described an experience of a healthcare provider actively encouraging their collaboration or fostering power-sharing in the consultation.</p>		
--	--	--

<p>The overall impression was that the traditional model of provider-patient interaction prevailed, where the provider assumes a dominant, expert role and determines the agenda of the consultation, leaving the patient with little or no opportunity for interaction.</p> <p>It appeared that with a few exceptions , patients did not have the necessary knowledge to enable them to actively engage in decision making about treatment, self-management or lifestyle modification.</p> <p>Furthermore, it appeared from some patient accounts that when healthcare providers did proffer relevant information, they were not encouraged to express any response or opinion. This suggests that providers did not elicit their perspectives or act to inspire feelings of control or choice.</p> <p>As a result of a lack of engagement with these issues, some patients had not yet personally endorsed or identified with the value or importance of self-management and lifestyle change, but reported merely</p>	<p>Experiences of autonomy support</p>	<p>A impressão geral que prevaleceu foi a de que os doentes têm pouca ou nenhuma oportunidade de interação no seu processo de doença.</p> <p>Parece que, com algumas exceções, os doentes não demonstram ter os conhecimentos necessários para uma participação ativa na tomada de decisões sobre o tratamento, autogestão ou modificação do estilo de vida.</p> <p>Referindo ter perguntas, mas sentirem-se apreensivos em fazer as perguntas necessárias para esclarecer as dúvidas.</p> <p>Sem informações adequadas, e uma postura disponível e esclarecedora para compreender os doentes, será impossível conseguir a sua adesão ao tratamento.com segurança e autonomia desejadas.</p>
--	---	--

complying with the medical treatment as prescribed.

Some patients also reported having had questions, but feeling apprehensive about asking them.

For example, one of the respondents explained that he was very unhappy with his medication, but did not raise the issue with the doctor, because he expected to be reprimanded for not having succeeded in lowering his blood pressure.

In this case, the patient's inability to resolve his concerns about medication had implications for his adherence to treatment.

<p>Only about half the sample reported having received some form of information at the clinics, which suggests that the provision of health education for people with hypertension and diabetes attending these facilities is, at best, unsystematic or inconsistent.</p> <p>Without adequate information from healthcare providers and without an attempt on their part to understand patients' existing levels of knowledge or beliefs about their illness, problematic misconceptions about the causes of Type 2 diabetes and hypertension prevailed.</p> <p>In addition, only a few patients (4) appeared to understand the role of lifestyle in the development and control of these conditions. This often resulted in a lack of agency, with consequent negative implications for self-care.</p> <p>In two other instances, a belief that their hypertension was inherited and that there was nothing one could have done to avoid it, resulted in patients fatalistically resigning to the condition.</p>	<p>Competency for self-management</p>	<p>Apenas cerca de metade da amostra relatou ter recebido alguma forma de informação em educação para a saúde para pessoas com hipertensão e diabetes, salienta-se a pouca formação e informação para o processo.</p> <p>Referem dificuldades económicas para adequar a alimentação às suas necessidades</p> <p>É de salientar ainda a ansiedade e a dificuldade em perceber a importância da “medida do estilo de vida” para controlar as doenças como a hipertensão e a diabetes.</p> <p>Muitos referem também sentirem que não estão bem medicados/ controlados por parte dos profissionais</p> <p>Houve apenas quatro pacientes que demonstraram um conhecimento relativamente bom sobre o papel da modificação do estilo de vida no tratamento da sua doença referindo que procuraram ativamente informações nos meios de comunicação e relataram ter implementado e sustentado mudanças de estilo de vida com competência para a autogestão.</p>
---	--	--

<p>Most patients (18) expressed a lack of confidence in undertaking self-care and an uncertainty about how to go about modifying their lifestyle. Lacking in the necessary competency, they looked to healthcare providers for input and assistance and were disappointed when this was not forthcoming.</p> <p>In other instances, patients had taken certain steps to modify their lifestyles, but described various barriers, such as a lack of support at home or the cost of healthier foods, which limited their ability to initiate or maintain behavior change (these aspects are to be reported elsewhere).</p> <p>Many also expressed anxiety about their current state of health and complained of various symptoms, which suggested that they were not well controlled.</p> <p>In contrast, there were four patients who demonstrated relatively good knowledge about the role of lifestyle modification in managing their condition, reporting that they had actively sought out information from the mass media</p>		
---	--	--

<p>In addition, these respondents expressed confidence in their ability to make appropriate decisions and to cope with their condition, and reported having implemented and sustained lifestyle changes</p>		
---	--	--

ANEXO XII
Resumo de artigo de Consulta

RESUMO DO ARTIGO DE CONSULTA

Autores/Ano/Titulo	Laurant, Miranda; Reeves, David; Hermens, Rosella; Baspenning, Jose; Grol, Richard; Sibbald, Bonnie; 2014 ,May <u>Substitution of Doctors by Nurses in primary care</u>
Objetivos	Descrever a importância dos enfermeiros na promoção da saúde nos Cuidados de saúde primário. Dar visibilidade às suas capacidades e aos ganhos em saúde, com o seu desempenho profissional.
Tipo	Revisão da literatura de ensaio clínico randomizado (através da base de dados Cochrane Database of, Systematic Reviews) /Meta análise-
Participantes	Médicos de cuidados de saúde primários, e Enfermeiros de cuidados de saúde primários
Resultados	A escassez de médicos no âmbito dos cuidados de saúde primários, o envelhecimento da população, e a contenção de custos tem vindo a conduzir-nos a que determinadas áreas anteriormente do foro médico, venham sendo atribuídas aos enfermeiros. Os resultados sugerem que enfermeiros com formação adequada podem produzir cuidados de melhor qualidade que os médicos, diminuindo os custos, dando mais e melhores informações e com maior satisfação por parte dos utentes. Conseguindo mais elevados níveis de adesão e motivação nas áreas em que atuam.
Limitações do estudo	Falta de dados, que evidencie os factos, devido a limitações metodológicas (tempo)
Desenho	Qualitativo ensaio clínico randomizado

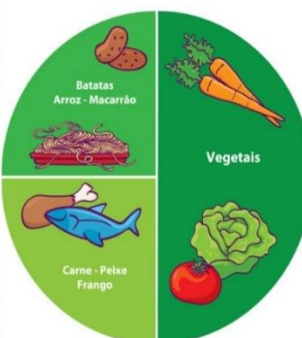
ANEXO XIII
Folheto Avós e Netos



MAIS E MELHOR SAÚDE

- ☺ COMER BEM, E SEM EXCESSOS
- ☺ TOMAR CORRECTAMENTE A MEDICAÇÃO
- ☺ PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO
- ☺ VIGIAR A SAÚDE REGULARMENTE

DIVIDIR O PRATO EM 3 PARTES


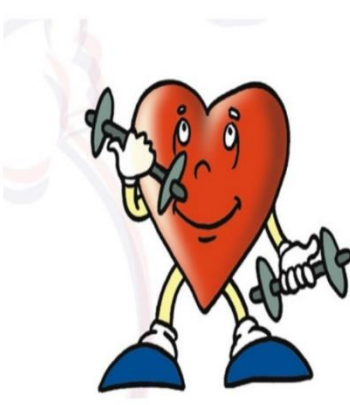



Batatas
Arroz - Macarrão
Carne - Peixe
Frango
Vegetais

UCC ALMEIRIM / Julho 2016

Telefone: 243 594 350 / 964391305
E-mail: uccalmeirim@csalmeirim.s.santarem.min-saude.pt

Autor: Euf. Graça Teixeira
E-mail: graciamteixeira@gmail.com



SAÚDE É:

- ☺ SENTIR-SE BEM
- ☺ COM QUALIDADE DE VIDA
- ☺ DISPENSAR AJUDAS PARA AS TAREFAS DIÁRIAS

E CONSEGUIR:

- ☺ SER ATIVO
- ☺ COM CAPACIDADE DE AJUDAR OS OUTROS
- ☺ DISPENSAR A TOMA DE ALGUNS MEDICAMENTOS

**COMER BEM PARA VIVER
MAIS E MELHOR**



E PRATICAR EXERCÍCIO FÍSICO



**PORQUE
TOMAR A MEDICAÇÃO
CORRETAMENTE**



PREVINE PROBLEMAS

- ↳ Vasculares
- ↳ Diabetes



Comuns com o avançar da idade

NEXO XIV

Gráficos dos Dados da segunda e quarta sessão de educação para a saúde

DADOS DA AVALIAÇÃO DA SEGUNDA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gráfico nº 14 - O que foi apresentado foi importante?

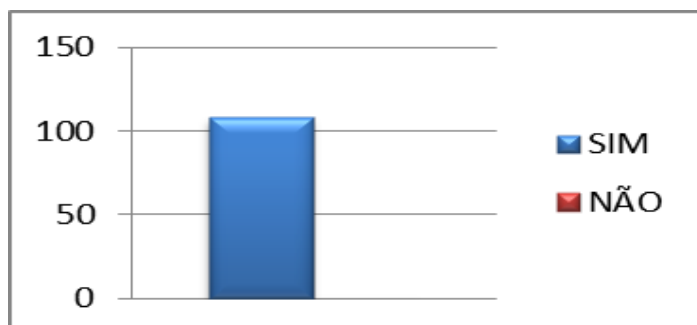


Gráfico nº 15 - Compreendeu o que foi dito?

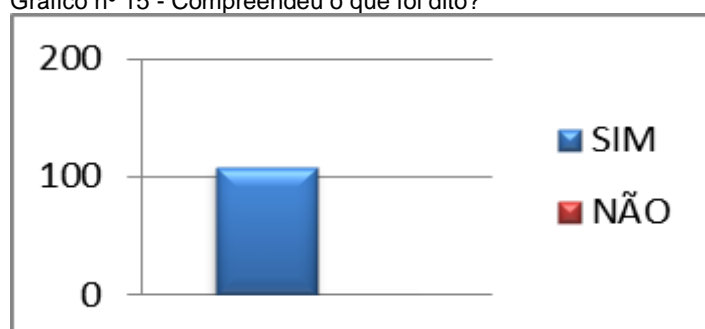


Gráfico nº 16 - Considerou que aprendeu o que precisava?



Gráfico nº 17 - Quais as boas escolhas?

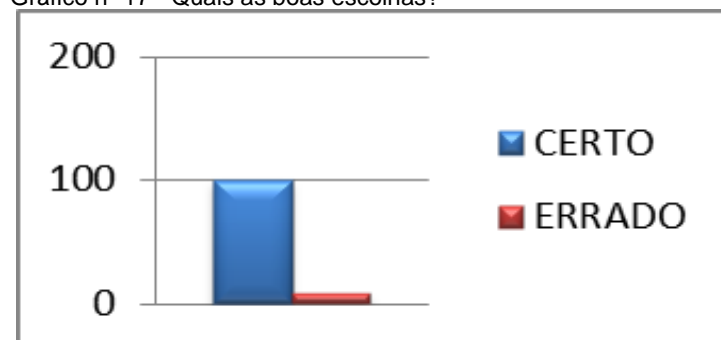


Gráfico nº 18 - Quais as más escolhas

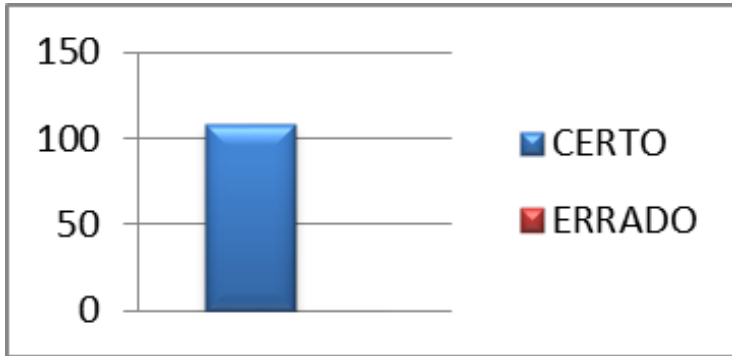


Gráfico nº 19 - Número de refeições mais adequado

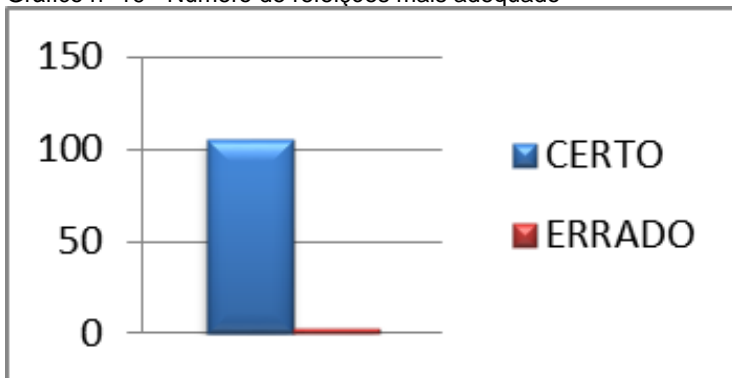
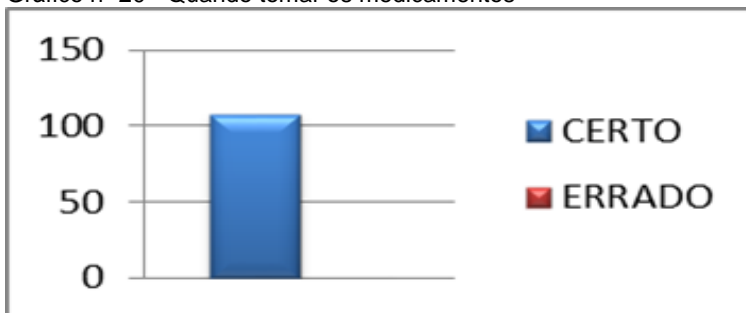


Gráfico nº 20 - Quando tomar os medicamentos



DADOS DA AVALIAÇÃO DA QUARTA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gráfico nº 21 - Distribuição por género das pessoas presentes na sessão

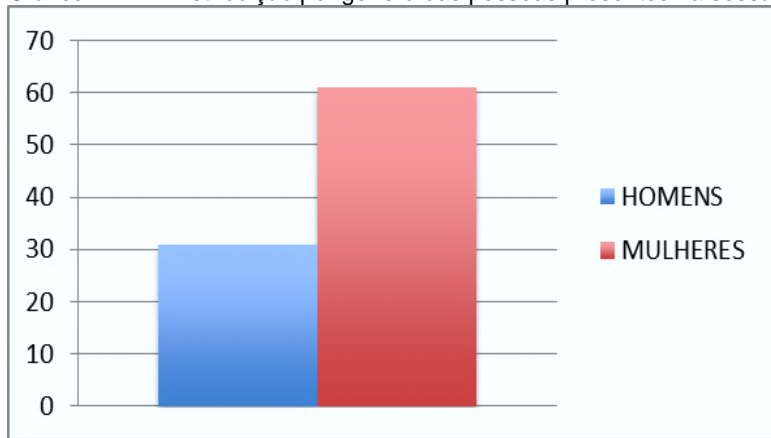


Gráfico nº 22 - Considerou o que foi apresentado importante para si?

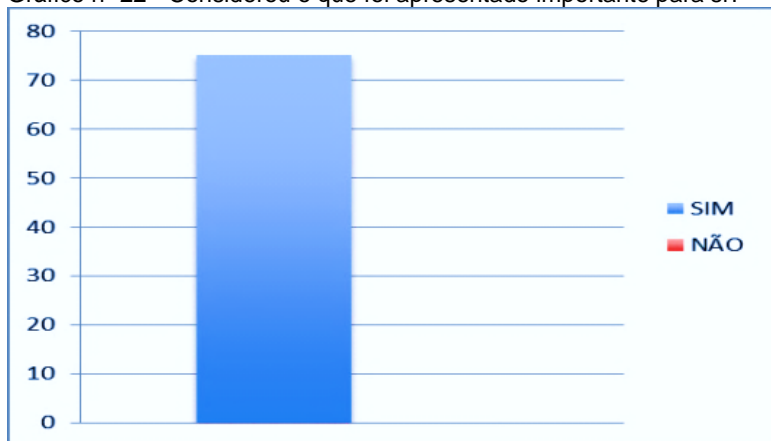


Gráfico nº 23 - Considerou que compreendeu tudo o que foi dito na sessão?



Gráfico nº 24 - Considerou que aprendeu tudo o que precisava?

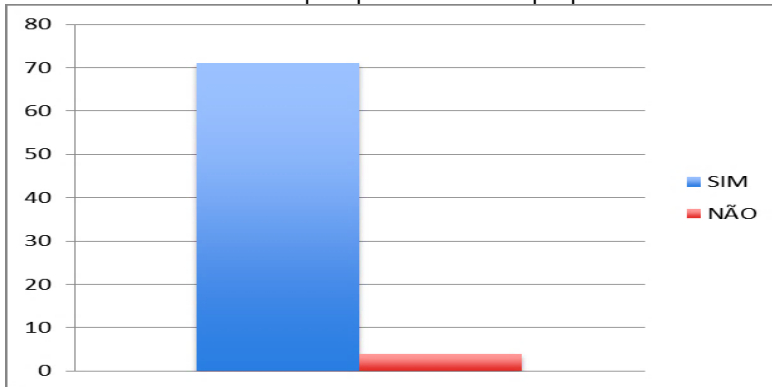


Gráfico nº 25 - Quando tomar os medicamentos

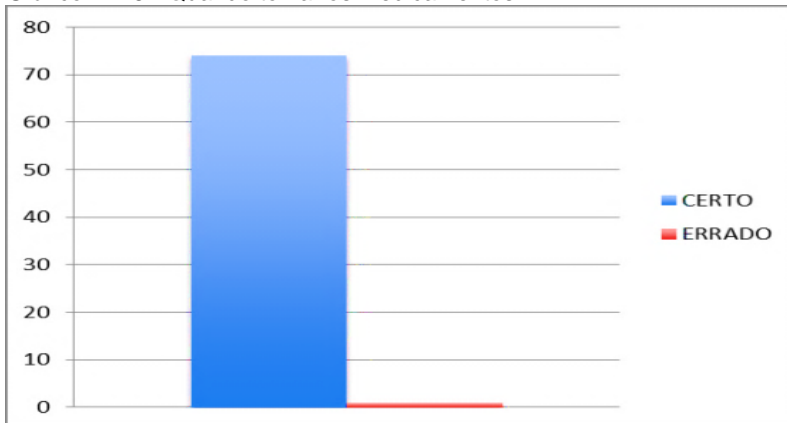


Gráfico nº 26 - Considera que, de 2014 a 2016, modificou / melhorou as suas opções em escolhas alimentares

