



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Consulta de Enfermagem de Diabetes:

Um Contributo para a Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Comunitária

Maria José Birrento Simões

LISBOA, Abril 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Consulta de Enfermagem de Diabetes: Um Contributo para a Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem

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

Maria José Birrento Simões

Sob orientação da Professora Teresa Rasquilho Vidal

LISBOA, Abril 2011

## RESUMO

O processo formativo aqui descrito (realizado no âmbito da aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Comunitária), teve como ambição, para além do enriquecimento pessoal, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto onde se realizou o estágio. Ao falar de qualidade, indubitavelmente fala-se da avaliação dos aspectos mensuráveis importantes para atingir metas. Contudo a verdadeira ambição de qualidade, está onde não é possível medir quantitativamente, na relação “com” o outro como motor do crescimento do indivíduo, no caminho da autonomia e liderança do seu projecto de saúde”. O grupo prioritário para intervenção, nos critérios da Unidade de Cuidados foram - os utentes com diabetes tipo 2.

De forma a obter o diagnóstico de saúde da população alvo e caracterizar o contexto, foram delineadas estratégias de forma a conhecer: a organização de cuidados, os recursos de saúde, o risco de saúde do grupo através do enquadramento epidemiológico, e estudou-se o estado de saúde da população alvo com recurso a uma amostra de conveniência a fim de estabelecer o perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2 da Unidade. Os resultados para a amostra estudada, revelaram que a maioria tem factores de risco (Modificáveis) que podem agravar a doença (Sedentarismo (73,4%), Excesso de peso e Obesidade (58%)). Mediante esta problemática os objectivos de saúde visaram a capacitação dos utentes para, de forma consciente, optarem por comportamentos mais ajustados ao controlo da doença e prevenção de complicações, e as estratégias de intervenção passaram pela educação terapêutica, o acompanhamento sistematizado, a vigilância e monitorização do estado de saúde, numa estrutura de cuidados própria – a Consulta de Enfermagem de Diabetes.

No processo de implementação da Consulta, foi necessário desenvolver actividades a nível da: adequação do espaço físico, materiais, recursos, dinâmica de funcionamento e criação de instrumentos de registo de apoio à prática de enfermagem, bem como de actividades específicas, com vista a promover a formação, integração dos profissionais e a qualidade dos cuidados.

Foram efectuadas abordagens individuais, tendo por base a educação terapêutica, direccionada para as necessidades sentidas pelo utente e para os factores de risco modificáveis (sedentarismo, excesso de peso ou obesidade, hábitos alimentares) com vista à adequação comportamental. Foi realizada ainda a monitorização e vigilância do estado de saúde donde se destaca a observação do pé e respectiva classificação do risco para ulceração.

As abordagens em grupo, foram efectuadas num molde de sessão de educação para a saúde. Tendo em conta as características, o risco, e as necessidades expressas pelo grupo - os temas focados foram sobre Alimentação e Actividade Física e, Cuidados ao Pé.

A taxa de adesão à Consulta de Enfermagem, no período em que decorreu o estágio foi elevada (91%). O espaço e o tempo atribuído à CED, foram agentes facilitadores da relação. Existiu uma valorização expressa por parte do utente dos procedimentos realizado pelo enfermeiro, bem como dos aspectos relacionais e comunicacionais no decurso da consulta, representando a CED um contributo para a Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem. O percurso efectuado permitiu o desenvolvimento de competências no domínio específico da enfermagem em saúde comunitária, nomeadamente na avaliação do estado de saúde do grupo-alvo, na capacitação do grupo, no contributo para a consecução dos objectivos PNPCD e o contributo passível de integrar a vigilância epidemiológica nomeadamente com o rastreio do pé.

**.Palavras – Chave:** Enfermagem; Consulta de Enfermagem; Diabetes; Capacitação; Qualidade; Competência; Visibilidade dos Cuidados.

## ABSTRAT

Here described the formative process, (in the scope of the acquisition of abilities specialized in Communitarian Health Nursing) , had as ambition, stops beyond the personal enrichment, to contribute for the improvement of the quality of the cares's nurse in the context where if it carried through the period of training. To the quality speech, doubtlessly it is said of evaluation of the measurable aspects important to reach goals, however the true ambition of quality is where it is not possible to measure quantitatively, in the relation "with" the other as motor of growth, each individual to take the leadership of its" project of health".The priority group for intervention, in the criteria of the Unit of Cares, had been the usuaries with diabetes type 2.

In order to get the health diagnosis of the target population and describe the context, strategies were outlined in order to know: the organization of care, health resources, the health risk of the group through the epidemiological framework and studied the health status of the target population using a convenience sample in order to establish the health profile of users with type 2 diabetes Unit. The results for the samples studied, has revealed that most risk factors (modifiable) that can aggravate the disease (Sedentary lifestyle (73.4%), Overweight and Obesity (58%). Upon this issue the health objectives aimed at empowerment of users to, consciously, choose to conduct more suited to disease control and prevention of complications, and intervention strategies are the education therapy, systematic monitoring, surveillance and monitoring of health status, an institution care itself - the Nursing Consultation Diabetes

In the process of the new structure implementation as need to: adequacy of the physical space, material, resources, dynamics of functioning and the creation of instruments to support the practical, as well as activities with sight to promote the formation, integration of the professionals and care's quality.

Individual boardings had been realized, having for base the directorated therapeutical education for the necessities felt for the usuary, and for the modifiable factors of risk (sedentary, excess of weight or obesity, alimentary habits), with sight to the manning adequacy. Carried through still the monitoring of the health state, witch detaches the comment of the foot and respective classification of the ulceration risk.

The boardings in group had been made in a mold of health education session. Having in account the characteristics, the risk, and the express necessities for the group, the realized subjects had been: alimentary and Physical Activity and Cares Foot.

The tax of adhesion to the Nursing Consultation, where the period of training elapsed was raised (91%).The space and the time attributed to the NDC, had been easily agents of the relation .An express valuation for part of the usuary of the procedures exists carried through by the nurse, as well as of the relational and agreement aspects, representing NDC one contribute for the Nursing's Cares Visibility. The passage allowed the development of abilities in the domain specifies of the nursing in communitarian health, nominated in the evaluation of the state of health of the group-target, in the empowerment of the group, contribute for the achievement of the goals of National Health Plan, and can be also an contribute to the monitoring epidemiologist nominated with the tracing of the foot.

**Key-Words:** Nurse; Nurse Consultation; Diabetes, Empowerment; Ability; Quality, Care's Visibility.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Coordenação da UCSP – Centro Saúde da Alameda, a viabilidade deste projecto apesar das adversidades.

A toda a Equipa Médica que colaborou neste Projecto de Cuidados, em especial à Dr.<sup>a</sup> Helena Gago, o meu muito obrigado.

Agradeço a todos os Enfermeiros do Centro, em especial ao Enfermeiro João Celestino e Enfermeira Cristina Terruta, a compreensão, a ajuda e a crítica construtiva.

Agradeço à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Amélia Valongo da APDP a generosidade e a inspiração.

O meu profundo agradecimento à Sr.<sup>a</sup> Professora Teresa Rasquilho Vidal pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionou e por ter “acreditado” em mim.

## ABREVIATURAS

E. - Estratégia  
ed. – edição  
Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira  
et al. – et alli  
fig. – figura  
n.º - número  
p. – página

## SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
ADA – *American Diabetes Association*  
APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal  
CDA - *Canadian Diabetes Association*  
CED – Consulta de Enfermagem de Diabetes  
CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central  
CSA – Centro de Saúde da Alameda  
DCRE – *Diabetes Care and Research in Europe*  
DGS – Direcção Geral de Saúde  
EpS – Educação para a Saúde  
IMC – Índice de Massa Corporal  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OND – Observatório Nacional de Diabetes  
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
PA – Perímetro Abdominal  
PNPCD – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes  
SAM – Sistema de Apoio Médico  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SINUS – Sistema Informático de Unidades de Saúde  
SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia  
UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados  
USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

<b>0 – <u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	15
<b>1– <u>DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO</u></b> .....	18
1.1- <u>ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES</u> .....	18
1.2 – <u>CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DA POPULAÇÃO-ALVO</u> .....	28
<b>2- <u>OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS</u></b> .....	36
2.1 - <u>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</u> .....	38
<b>3 - <u>CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES: FASE DE PREPARAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO</u></b> .....	40
3.1- <u>ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES</u> .....	40
3.2 – <u>INTERVENÇÃO “COM” OS UTENTES</u> .....	47
3.2.1. - <u>Caracterização do Grupo</u> .....	48
3.2.2. - <u>Acções desenvolvidas</u> .....	51
3.2.3. - <u>Avaliação</u> .....	54
<b>4– <u>CONCLUSÃO</u></b> .....	57
<b>5 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	61
<b>ANEXOS</b> .....	66
ANEXO I- <u>Pedido de autorização para realização do estudo</u> .....	68
ANEXO II- <u>Nota metodológica do estudo e resultados</u> .....	72
ANEXO III – <u>Questionário</u> .....	92
ANEXO IV – <u>Consulta de Enfermagem de Diabetes: operacionalização</u> .....	98
ANEXO V – <u>Instrumentos de registo e apoio à prática de Enfermagem</u> .....	102
ANEXO VI – <u>Sessão de apresentação da CED</u> .....	114
ANEXO VII – <u>Critérios de referenciação para a CED</u> .....	154
ANEXO VIII – <u>CED: Orientações para a prática</u> .....	172
ANEXO IX – <u>Sessão de Formação: Mapas de Conversação</u> .....	176
ANEXO X – <u>Sessão EPS: Cuidados aos pés</u> .....	193
ANEXO XI – <u>Sessão EPS: Alimentação e actividade física</u> .....	205
ANEXO XII – <u>Avaliação dos utentes sobre a sessão: cuidados aos pés</u> .....	217
ANEXO XIII - <u>Avaliação dos utentes sobre a sessão: alimentação</u> .....	233

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Inscritos no CSA, distribuição por género e faixas etárias .....	29
<b>Figura 2:</b> Motivo de referenciação médica para a CED .....	48
<b>Figura 3:</b> Distribuição segundo a faixa etária dos utentes seguidos na CED .....	49
<b>Figura 4:</b> História de consumo dos Hidratos de Carbono dos utentes seguidos na CED .....	50
<b>Figura 5:</b> Antiguidade do diagnóstico dos utentes seguidos na CED .....	50
<b>Figura 6:</b> Categorização do risco de ulceração do pé dos utentes seguidos na CED .....	52
<b>Figura 7:</b> Temas abordados na CED.....	53

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Perspectiva dos utentes sobre os cuidados de enfermagem .....	55
--	----

## **0 – INTRODUÇÃO**

O presente relatório visa retratar o processo formativo que decorreu durante o Estágio, integrado no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, com o fim de desenvolver competências nesta área de especialização.

O Estágio foi realizado em contexto de trabalho entre 19 de Abril a 18 de Junho de 2010 e 27 de Setembro a 19 de Novembro 2010, no Centro de Saúde da Alameda \_ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) III Grande Lisboa.

O conhecimento prévio do contexto (onde exerce funções desde 2005) estabeleceu de antemão um campo de intervenção prioritário a desenvolver pelos enfermeiros (reconhecido pela coordenadora da unidade, médicos, enfermeira coordenadora e enfermeiros) - o acompanhamento de utentes com diabetes tipo 2 através da implementação de uma Consulta de Enfermagem de Diabetes (CED).

Esta necessidade percebida pela equipa de saúde e em particular pelos enfermeiros, partiu de uma realidade na qual havia procura por parte dos utentes de cuidados de enfermagem na área da diabetes, nomeadamente para tratamentos curativos (úlceras do pé), de controlo (avaliação de glicemias, cetonúria) ou de ensinamentos na área da auto-vigilância (máquinas de avaliação de glicemia capilar), sem uma estrutura organizada que permitisse um acompanhamento sistematizado, visando a prevenção de complicações e controlo da diabetes tipo 2.

A diabetes tipo 2 é uma doença que se caracteriza por hiperglicémias frequentes, facto esse relacionado com diferentes mecanismos como a deficiente produção de insulina pelo organismo (pâncreas), ou a insuficiente acção da insulina produzida e frequentemente, pela conjugação destes dois factores. Sendo o mais frequente tipo de diabetes (mais de 90% dos casos), a prevalência aumenta com a idade, estando muito ligada a factores hereditários e ambientais como o sedentarismo, alimentação hipercalórica e stress (OBSERVATÓRIO NACIONAL da DIABETES (OND), 2009).

Descrita por ser “silenciosa”, e progressivamente incapacitante tem como complicações *major*: doenças cardiovasculares; nefropatia; neuropatia; amputação e retinopatia (PORTUGAL, 2008)

Muito associada aos hábitos de vida, é uma doença crónica em franca expansão considerado, “*um problema global com impacto humano, social e económico devastador. Hoje, mais de 250 milhões de pessoas no mundo vivem com diabetes e em 2025, esse total deverá aumentar para mais de 380 milhões de pessoas. Cada ano mais 7 milhões de pessoas desenvolvem diabetes*” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE (OMS), 2009, s.p.)

Portugal não é excepção, enquanto dados anteriores, provenientes do 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, situavam a prevalência da doença em 6,5% (INSTITUTO NACIONAL de ESTATÍSTICA (INE); 2009), o recente Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal, indica uma prevalência da doença de 11,7% (SOCIEDADE PORTUGUESA de DIABETOLOGIA (SPD), DIRECÇÃO GERAL de SAÚDE (DGS), 2009), o que torna evidente a dimensão da problemática no país e a necessidade de intervenção.

O Estado Português tem mantido um papel activo na luta contra a diabetes, formalizado por programas de intervenção desde a década de 70. Em 1989 assinou em conjunto com os Países da Europa a Declaração de *Saint Vicent* assumindo o compromisso de implementar medidas para a redução das complicações da doença.

Actualmente, o combate à Diabetes mantêm-se como prioridade política, expressa no programa do XVIII Governo Constitucional, onde é reafirmada a necessidade de um programa específico (PORTUGAL, 2009).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), foi actualizado e revisto nos anos 1992, 1995, 1998 e pela última vez em 2008.

Esta última actualização, operada num contexto de aumento da prevalência da doença, a par do peso que a diabetes representa no total dos custos directos do Sistema de Saúde (os encargos com a doença em 2008 foram de 7% do total da despesa de saúde correspondendo a maior fatia (cerca de 55%) a hospitalizações) (OND, 2009), teve como objectivos gerais: "a gestão integrada da doença; a redução da prevalência da diabetes; a redução e atraso do inicio de complicações relacionadas e redução da morbilidade e mortalidade pela doença" (PORTUGAL, 2008, p.8.).

O sucesso do programa, para além da vontade política, passa obrigatoriamente pelo envolvimento das estruturas de prestação de cuidados, dos profissionais de saúde e dos utentes, numa outra lógica de cuidados centralizada no cidadão.

Segundo o que está expresso no Relatório de Primavera de 2010 do OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS dos SISTEMAS de SAÚDE (OPSS), colocar o cidadão no centro dos cuidados, com base nas suas necessidades e expectativas sociais e o reconhecimento pelo seu direito à escolha, informação e participação, é a estratégia "natural" para promover a sua capacitação em saúde e contribuir para a prevenção e controlo da doença, bem como para a redução do peso da doença nos custos do Sistema de Saúde, nomeadamente ao nível dos cuidados terciários especializados.

A Enfermagem enquanto profissão tem um reconhecido papel nos cuidados à doença crónica, na implementação de políticas de saúde, e no envolvimento com a comunidade, nomeadamente "*os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática em termos de: facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a*

*prestação dos cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo; e promover a prática colaborativa” (INTERNATIONAL COUNCIL of NURSES (ICN), 2010:41).*

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem, no âmbito da sua prática, esta “visão globalizante” nomeadamente *“um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) (...) [evidenciando-se] as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.” (ORDEM dos ENFERMEIROS (OE), 2011:8667).*

Implementar uma Consulta de Enfermagem de Diabetes, surgiu como o projecto de cuidados, exequível em termos de recursos e meios, com aceitação por parte da comunidade e como espaço privilegiado para construir a relação com o utente e família, de forma a promover a sua capacitação em saúde, em consonância com os objectivos e estratégias delineados pela política de saúde para a problemática da Diabetes.

Como estrutura de cuidados focalizada na educação terapêutica, representou também um desafio enquanto enfermeiro, para que, “numa orientação de cuidados para além dos actos curativos, consigam dar visibilidade aos cuidados” (COLLIÈRE 2008:229).

De forma a inferir o percurso desenvolvido para implementação da CED na aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área da saúde comunitária, divide-se o presente documento em 4 capítulos:

No primeiro capítulo descreve-se as estratégias, actividades e competências desenvolvidas na fase do diagnóstico e a respectiva caracterização do diagnóstico de situação de saúde da população – alvo;

No segundo capítulo, com base no diagnóstico, definem-se os objectivos de saúde, as estratégias para alcançar esses objectivos, e estabelecem-se os indicadores de avaliação;

No terceiro capítulo descreve-se a fase de preparação e implementação da Consulta de Enfermagem de Diabetes socorrendo-se de novo à descrição das estratégias, actividades e competências desenvolvidas, bem como a caracterização do grupo integrado na CED, as acções desenvolvidas e respectiva avaliação;

Na conclusão, para além da síntese do percurso desenvolvido, contextualizam-se as limitações na implementação da CED e fazem-se sugestões, perspectivando acções para o futuro no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

## **1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

Como foi expresso anteriormente, os utentes com diabetes tipo 2 foram à partida o grupo prioritário para intervenção na UCSP do Centro de Saúde da Alameda, pelo que se focalizou o diagnóstico de situação neste grupo específico.

Na fase do diagnóstico, as estratégias foram delineadas, não só para escalonar o processo de forma lógica e encadeada facilitando o processo de aquisição de competências, como para proporcionar uma leitura integrativa e aprofundada do contexto perante realidades mais amplas (com o enquadramento da UCSP nas reformas de saúde e a observação da dinâmica de cuidados em centro de referência de cuidados a diabéticos).

A aquisição de competências, foi orientada por um quadro de referência académico, expresso no Guia de Estágio do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária (UCP, 2010) e no Modelo de Desenvolvimento Profissional (O.E., 2009).

Competência foi compreendida à luz de LE BOTERF como, *“um saber mobilizar em tempo oportuno as capacidades ou conhecimentos adquiridos através da formação (mas não necessariamente), (...), saber integrar, organizar, seleccionar o que pode ser útil para se executar uma actividade profissional ou levar um projecto a bom termo (...) saber transferir, toda a competência digna desse nome é transferível ou adaptável (...) pressupõe a existência de capacidades de assimilação e de integração, assim como fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera”* (LE BOTERF 1994 citado por DIAS 2004:60).

Colaborar de forma a “fazer evoluir a situação de trabalho”, crescendo do ponto de vista pessoal e profissional foi uma das ambições deste projecto. Legitimá-lo passou indubitavelmente por envolver os responsáveis da Unidade, tendo-se no início do estágio realizado reuniões com a Enfermeira Coordenadora e Coordenadora da Unidade de forma a apresentar o percurso que se pretendia seguir e revalidar a sua pertinência para a Unidade.

Entendendo que as estratégias são os elementos orientadores para se chegar a um fim, o presente capítulo fica subdividido em 2 subcapítulos, em primeiro lugar descrevem-se as estratégias e actividades desenvolvidas para a consecução do diagnóstico, o qual se apresenta (como resultado final) no segundo subcapítulo.

### **1.1– ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES**

Neste subcapítulo descreve-se de forma fundamentada, cinco estratégias adoptadas para consecução do diagnóstico de situação, respectivas actividades e competências adquiridas no âmbito da intervenção especializada na área da enfermagem de saúde comunitária.

### ***Enquadramento da UCSP\_ Centro de Saúde da Alameda no actual quadro político das Reformas de Saúde***

O Centro de Saúde da Alameda foi agregado, do ponto de vista administrativo e organizacional, ao ACES da Grande Lisboa III – Lisboa Central pela Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março, tendo como unidade funcional uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) em fase de projecto, enquadrado na recente Reforma da Saúde.

A Reforma da Saúde partiu do programa do XVII Governo Constitucional, no qual ficou expressa a necessidade de mudança, a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão” (PORTUGAL, 2005:75), nomeadamente a nível dos Cuidados de Saúde Primários que são reafirmados como o “ pilar” central do sistema de saúde.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários é referida por CORREIA DE CAMPOS (2008) como estratégia essencial para obter ganhos em saúde, tendo contribuído para o aumento da qualidade nunca antes concretizado a este nível de cuidados.

Segundo o autor, grande parte desse aumento de qualidade deve-se às Unidades de Saúde Familiar (USF) que considera a peça central da reforma, nomeadamente: por ter aumentado a abrangência de cidadãos com médico de família; recolocado o cidadão no centro do sistema numa relação íntima com o médico e o enfermeiro de família; agilizado o processo de marcação de consulta por internet ou telefone com atendimento não superior a 30 minutos de espera; ter posto em prática um mecanismo de intersubstituição entre médicos garantindo a observação do utente.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde, agregando vários Centros de Saúde e dentro de cada um, várias unidades funcionais, nomeadamente USF, UCSP e UCC são uma realidade nova que, segundo CORREIA DE CAMPOS (2008), primeiro devem afirmar-se numa nova cultura de gestão e de liderança, com enfoque no cidadão, na confiança e no empreendedorismo dos profissionais, em estreita relação com o conceito de governação clínica.

O mesmo autor define a governação clínica como o processo pelo qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e padrões de qualidade dos cuidados, abrangendo vários aspectos como: a efectividade clínica, gestão do risco, satisfação do utente e desenvolvimento de competências profissionais, considerando fulcral que envolva todos os profissionais, implicando o esforço conjunto para encontrar soluções de melhoria.

As UCSP estão definidas no artigo 10.º do D.L. n.º28/2008 por “uma estrutura idêntica à prevista pela USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (p.1184), claramente a estratégia para os Cuidados de Saúde Primários passa pelo modelo de cuidados preconizado para as USF, de forma a fomentar elevados padrões de qualidade no atendimento ao cidadão, papel que se espera e exige de todos os profissionais no contexto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

### Actividades Desenvolvidas

A principal acção desenvolvida neste ponto foi a consulta bibliográfica e respectiva análise crítica e reflexiva, actividade transversal e sempre presente ao longo do estágio.

O aprofundamento do enquadramento legal da Unidade de Cuidados, ajudou a analisar o período de transformação que a organização atravessava bem como a delinear estratégias para a legitimação do projecto, adequadas ao redesenho hierárquico e organizacional, no pressuposto que qualquer projecto dentro da Unidade deve ser aprovado pelos seus responsáveis, assim como deve envolver todos os profissionais, num esforço conjunto pela qualidade, nomeadamente na articulação com a equipa de saúde promovendo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos cuidados.

Esta estratégia em termos do percurso pessoal na aquisição de competências de enfermagem na área de especialização, serviu de base para desenvolver a capacidade de planear intervenções para problemas de saúde, atendendo aos recursos e orientações estratégicas das políticas de saúde, contribuiu para desenvolver a habilidade de trabalhar assertivamente num contexto multidisciplinar, mediante o conhecimento do papel que cabe a cada unidade e a cada profissional tendo em conta um objectivo comum, contribuindo ainda para o enriquecimento de um discurso pessoal fundamentado.

Da conclusão deste preâmbulo, avançou-se de forma escalonada para estratégias com o objectivo de estabelecer o diagnóstico de situação com enfoque nos utentes com diabetes tipo 2, procedendo em primeiro lugar à caracterização do Centro de Saúde da Alameda.

#### ***Caracterização da estrutura física e organizacional do Centro de Saúde da Alameda***

No âmbito do diagnóstico de situação, o Centro de Saúde da Alameda (CSA) circunscreve um contexto sócio-demográfico da população da sua área de abrangência e de serviços para a saúde dessa mesma população.

A estrutura física e organizacional de uma unidade de cuidados de saúde vai influenciar a produção de cuidados. São factores com influência no estado de saúde da população, concretamente pela acessibilidade, pela organização, pelas estratégias e pelo modo de se relacionar com a comunidade, o que fará com que represente um efectivo recurso de saúde (IMPERATORI & GIRALDES, 1993). Contudo quando se trata de realizar o diagnóstico de situação, este deve ser focado nos problemas de saúde, enquanto os constrangimentos inerentes à produção de cuidados devem ser identificados à parte, visto que segundo os autores “*os problemas de saúde não devem ser, assim, identificados, nem ao nível dos seus condicionantes, nem ao nível das respostas, carências de equipamento ou de pessoal, que deverão ser identificados separadamente* (1993:28).

### Actividades Desenvolvidas

A descrição da estrutura física foi realizada pelo conhecimento prévio que se detinha do Centro.

Os dados disponíveis sobre a área de abrangência e as características sócio-demográficas da população foram complementados com o recurso ao INE como fonte de informação.

A acessibilidade à informação como o Sistema Informático da Unidade de Saúde (SINUS), para poder recolher os dados gerais sobre o n.º total de utentes, sua distribuição por género e faixas etárias e o n.º de utentes inscritos com o diagnóstico de diabetes é de acesso reservado, por isso foi pedida reunião com a Coordenadora da Unidade a fim de ter acesso aos dados requeridos.

A informação ao nível de como se opera a acessibilidade, organização dos cuidados e da própria orgânica institucional, foi recolhida através da consulta de documentos institucionais (circulares normativas, organogramas), legais (Decretos Lei, Portarias) e sempre que necessário contextualizado pela consulta dos informadores chave dentro da equipa de saúde, tanto em funções de coordenação na unidade, como dos profissionais que trabalham na prestação directa (Administrativos, Enfermeiros, Médicos).

Nesta fase do diagnóstico perceberam-se condicionantes a nível dos recursos e da organização, capazes de influir na fundamentação e concretização da implementação da CED (factos que oportunamente serão contextualizados ao longo do relatório). Mediante a orientação metodológica do planeamento em saúde atrás citado, a problemática organizacional é exposta neste espaço de reflexão, salientando-se 3 pontos:

- Não estavam disponíveis os objectivos da UCSP do CSA ou do ACES, bem como o respectivo Plano de Acção;
- A instabilidade dos recursos Médicos e de Enfermagem (nomeadamente pelo número significativo de médicos em fase de aposentação e a importante rotatividade dos enfermeiros em regime de subcontratação);
- Falta de operacionalização do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) (traz dificuldades de acesso à informação de saúde e da articulação da informação com a equipa).

Para completar informações ao nível da orgânica institucional, nomeadamente em relação ao acesso aos objectivos, Plano de Acção e operacionalização do SAPE, pediu-se reunião com Vogal do Conselho Clínico do ACES cuja realização foi importante para contextualização da problemática organizacional, nomeadamente o plano de acção não estava acessível, por na altura estar em fase de discussão para a contratualização com a ARS, e o SAPE depende do acesso a palavra-chave fornecida pela ARS, que só é disponibilizada após formação.

Nesta fase, o facto de a informação não estar sistematizada e as inerentes condicionantes de acesso, obrigaram a reajustes estratégicos que contribuiram para desenvolver competências a nível do auto-desenvolvimento pessoal e profissional conseguido de forma autónoma e contínua, bem como contribuiu para desenvolver habilidades na mobilização da equipa multidisciplinar para consecução das actividades que permitiram recolher a informação, que constará do diagnóstico.

O passo seguinte passou por complementar o recurso que o CSA representa para a população alvo, com a oferta de outros recursos, de e para a saúde, acessíveis na comunidade e passíveis de representar um complemento às intervenções a desenvolver na CED.

### ***Levantamento dos recursos de saúde e da comunidade de apoio à intervenção.***

Na fase do diagnóstico cabe não só definir a oferta de serviços directos de saúde como os Hospitais, mas também os apoios comunitários ao serviço da população, de que são exemplo as Juntas de Freguesia – num complemento potencial para a efectividade das intervenções em saúde, donde emerge a parceria como conceito.

A parceria é um termo, que tem para DINIZ (2005) um conjunto de princípios e atributos, como querer ser parceiro e trabalhar em conjunto, ser comum a várias áreas de intervenção e ser capaz de produzir benefícios para todos.

As vantagens do trabalho em parceria são reconhecidos no quadro de referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crónicos da OMS referido pela INC (2010), baseada no pressuposto que, os resultados positivos em saúde conseguem-se quando os doentes e famílias estão preparados, informados e motivados e os profissionais de saúde e pessoal de apoio na comunidade trabalham em conjunto (prevendo a mobilização de recursos da comunidade).

### **Actividades Desenvolvidas**

De forma a conseguir realizar um desenho de articulação dos recursos de saúde para a diabetes (não foi objectivo um levantamento exaustivo, mas sim o levantamento das estruturas que de forma mais directa se articulam com o CSA), as actividades adoptadas foram:

- A consulta da informação documental disponível no CSA, complementada com os contributos de informação dados pela equipa de saúde (em contactos informais) em particular pela Assistente Social do Centro;
- Sair para a comunidade e consultar a estruturas representativas da população residente (Juntas de Freguesia) com tradição na oferta de serviços de e para a saúde.

Para conhecer e mobilizar os recursos passíveis de utilizar como apoio às intervenções de Enfermagem para a saúde, optou-se por pedir reunião com os representantes das 3 juntas de freguesia da área de abrangência do CSA.

As reuniões foram realizadas com as Assistentes Sociais das três Juntas de Freguesia, onde foi possível conhecer a oferta (a preços reduzidos para residentes), de serviços de saúde (Podologia, Nutrição) e para a saúde (Hidroginástica, Ginástica de Manutenção). Das reuniões saiu-se com um potencial ganho - ginástica gratuita, independente da idade, para residentes diabéticos (quando a gratuidade desse serviço é oferecida a maiores de 65 anos).

Posteriormente sugeriu-se à coordenadora da unidade do CSA (a quem se transmitiu a súmula das reuniões efectuadas com as 3 juntas de freguesia) a possibilidade de formalizar um pedido a nível institucional.

Nesta fase, as actividades permitiram desenvolver competências nas habilidades de negociação com vista à participação multisectorial no projecto de intervenção e promover o trabalho em parceria no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

A estratégia seguinte passou por definir a população – alvo.

### ***Caracterização do perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2.***

Os elementos demográficos como população, género e idade, bem como os elementos sociais, dos quais são exemplo os níveis de educação e grupo profissional, são essenciais para contextualizar o perfil de saúde de um grupo ou comunidade, facto reforçado por IMPERATORI & GIRALDES na afirmação “do qual depende [contexto económico e social] em parte e de cujas inter-relações vão também depender, em parte, as soluções” (1993, p.54).

Os indicadores estatísticos como as taxas de mortalidade e morbilidade, dão a noção do risco a que essa mesma população está sujeita.

Para LUTZ (1996) referido por IMPERATORI & GIRALDES (1993), no caso de haver carência de dados ou para poder conhecer situações mais específicas, podem-se realizar inquéritos para colmatar essas lacunas, a fim de estabelecer o mais fielmente possível a situação de saúde.

#### **Actividades Desenvolvidas**

Em primeiro lugar procedeu-se ao enquadramento dos dados epidemiológicos disponíveis para a população geral com diabetes, recorrendo como fonte ao INE, e aos dados documentais compilados pelo OND (2009), o que permitiu o rápido acesso a um grande número de informação epidemiológica relacionada com diabetes.

Estabeleceu-se a prevalência da diabetes para o total de utentes inscritos, mediante os dados disponíveis no SINUS (n.º de utentes inscritos com diabetes/total de utentes inscritos) cujo resultado vem referido no próximo subcapítulo.

De forma a melhorar o conhecimento sobre a situação de saúde dos utentes com diabetes tipo 2, optou-se por estudar um grupo de utentes diabéticos (recorrendo-se à metodologia de investigação), tendo-se procedido ao pedido de autorização ao Director Executivo do ACES III (ANEXO I).

Tendo em vista conseguir o maior número de informação em tempo útil, de forma a caracterizar o grupo estudado, pediu-se a colaboração da equipa médica para recolher os dados dos seus ficheiros clínicos/Sistema de Apoio Médico (SAM) referentes aos utentes com diabetes tipo 2.

Como instrumento de colheita de dados, foi construído um questionário (ANEXOIII), com a colaboração de médica da Unidade (vocacionada para o acompanhamento de utentes com

diabetes), de forma a adequá-lo à fonte de dados (ficheiros clínicos/SAM) tendo sido discutidos os itens a incluir passíveis de obter respostas.

O questionário foi validado pela Coordenadora da Unidade e por mais dois clínicos que deram sugestões.

A distribuição dos questionários foi realizada pessoalmente (onde se apresentou os objectivos do estudo e o tipo de colaboração pedida, garantindo-se a confidencialidade da fonte), por 8 médicos de família (cerca de 10 questionários por médico) para obtenção de uma amostra não probabilística de tipo acidental (FORTIN; 2003) de 80 utentes com diabetes tipo 2 seguidos no CSA.

A recolha dos questionários foi efectuada passado 2 semanas tendo sido devolvidos 79 completamente preenchidos, procedendo-se de seguida ao respectivo tratamento de dados, a fim de estabelecer o perfil de saúde desses utentes.

O perfil de saúde embora não possa ser generalizável a todos os utentes, serviu de apoio para estabelecer os objectivos da CED.

Estabelecer o perfil de saúde, também permitiu “cimentar” competências na utilização dos indicadores epidemiológicos, e na integração das determinantes em saúde na concepção do diagnóstico utilizadas para caracterizar o perfil de saúde (utilizados na estruturação do questionário).

A última estratégia na fase do diagnóstico prendeu-se com a realização de um estágio de observação em Centro de Referência de cuidados a diabéticos.

### ***Observação da dinâmica dos cuidados de enfermagem a utentes com diabetes em Centro de Referência.***

A observação das práticas de cuidados, integrados no aprofundamento teórico e reflexivo, é de suma importância não só para o processo formativo, mas também para, na construção do projecto de cuidados, definir estratégias de intervenção (aplicadas ao grupo alvo de cuidados); de formação (de profissionais para atendimento da pessoa com diabetes); de informação (registo e monitorização de actividades).

A Associação Protectora dos diabéticos de Portugal (APDP), foi escolhida por ser uma entidade pioneira e amplamente reconhecida no atendimento e desenvolvimento científico para as boas práticas de cuidados na diabetes.

A APDP foi fundada em Lisboa a 13 de Maio de 1926 por Dr. Ernesto Roma, na altura denominada Associação Protectora dos Diabéticos Pobres, com o propósito de predominantemente apoiar os diabéticos tipo I que sem condições de adquirir insulina essencial à sobrevivência (na altura recentemente descoberta e utilizada nos Estados Unidos da América desde 1921) poderiam na associação ter acesso ao tratamento, bem como serem capacitados, através de um programa de educação terapêutica, no controlo da doença e no auto - administração de insulina.

Actualmente enquadra-se juridicamente numa IPSS englobada no Sistema de Saúde, possuindo elevada capacidade de resposta no acompanhamento de utentes com diabetes, independente das condições sócio-económicas, em especial de doentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 e Diabetes tipo 2 com necessidade de iniciar insulina, bem como no acompanhamento de crianças e jovens.

Oferece, para além de cursos direccionados para diabéticos e familiares conhecerem e melhor gerirem a doença, consultas multidisciplinares que trabalham em estreita articulação, nomeadamente de Endocrinologia, Enfermagem, Podologia, Nutrição, Cardiologia, Oftalmologia, Nefrologia, possuindo ainda Laboratório de Análises, Bloco Operatório de Oftalmologia e Sala de Tratamentos vocacionada para o pé diabético. Tem também, a nível da formação de profissionais na área da Diabetes, papel impar a nível Nacional, fruto das boas práticas e qualidade científica.

A articulação com o SNS, faz-se mediante apresentação de credencial passada por Médico de família e respectivo relatório no caso da Diabetes tipo II (para dar prioridade a casos mais graves que, após compensação voltam aos serviços de origem), sendo a acessibilidade de utentes com Diabetes tipo I directa (sem necessidade de relatório) passando a ser definitivamente seguidos pela APDP se assim o desejarem.

#### Actividades Desenvolvidas

Antes do estágio foi realizada entrevista informal com a Enfermeira responsável pelo departamento de formação da APDP a fim de transmitir o objectivo do estágio de observação - “observar a dinâmica dos cuidados de enfermagem, tendo por foco adultos com diabetes tipo 2 ao nível da prevenção secundária e terciária”, tendo-se especificado o interesse especial pela observação da Consulta de Enfermagem, Sala de Tratamentos de Podologia e a nível interdisciplinar as Consultas de Nutrição.

O estágio de observação realizado no período de 10 a 14 de Maio de 2010, foi organizado pela Enfermeira responsável pela Formação, mediante o objectivo e os focos de interesse anteriormente expressos, tendo-se realizado a observação da: Consulta de Enfermagem; “Circuito de 1.º Vez” – Sessão de Acolhimento, Rastrear do Pé, Sessão sobre Nutrição; Sessão de Educação “Como Cuidar dos Meus Pés”; Sala de Tratamentos do Pé Diabético

Descrição das actividades observadas:

A **Consulta de Enfermagem** funciona por piso em articulação com a consulta médica, que encaminha os utentes para ensinos, em particular para: o controlo e registo de glicemias, como actuarem em caso de hipoglicémia, e o uso, ajuste e auto-administração de insulina, recorrendo a métodos de ensino demonstrativo, interrogativo recorrendo à validação para avaliação da compreensão e retenção da mensagem, sendo ainda um espaço aberto para a expressão de dúvidas e receios.

É de salientar o sistema de registo e informação único para utilização de toda a equipa de saúde, com campos específicos para cada especificidade de atendimento, informatizado, que permite o acesso a toda a informação relativa à história do diabético, serviços utilizados, medicação, análises, ensinamentos efectuados, etc., em tempo útil, permitindo a articulação e gestão de cuidados.

O **Circuito de 1.º Vez: Sessão de Acolhimento** pertence à estrutura de organização do acolhimento dos novos utentes, a sessão é realizada em grupo por Enfermeira onde apresenta a Instituição, a sua história, objectivos, serviços que tem para oferecer. Aqui estimula-se a troca de experiências entre os doentes e esclarecimento de dúvidas. Abordam-se temas como: o que é a diabetes, os valores desejáveis de glicemia a necessidade do autocontrolo glicémico, hipoglicémia como prevenir e como actuar, ênfase no exercício físico ajustado a cada um como medida de controlo da diabetes.

O **Rastreio do Pé**, é realizada individualmente por Enfermeira Especialista, onde é observado em primeiro lugar o tipo de calçado, uso de meias (costuras, se têm efeito “garrote”), no pé avalia-se existência de deformidades, calosidades, espessura das unhas, fissuras, a sensibilidade é avaliada com o recurso a técnicas de percepção da pressão com monofilamentos de Semmes-Weinstein; de vibração com diapasão; sensação de temperatura com objectos frios, tépidos.

Os pulsos pedioso e tibial posterior são inspeccionados com ajuda de mini doppler (como ajuda para a diferenciação de pé neuropático ou neurosquémico).

Ao longo do exame a enfermeira vai realizando, ensinamentos sobre como cuidar e observar o pé.

Após observação física, formaliza a colheita de dados em suporte informático com mais elementos fornecidos pelo utente, que auxiliem na classificação do risco do pé.

Por último convoca para uma sessão de educação sobre cuidados a ter com o pé, e/ou encaminha para Consulta de Podologia.

Foi possível, mediante supervisão da Enfermeira Responsável pelo programa, realizar alguns exames de rastreio, importante para o desenvolvimento das competências técnicas e relacionais que o procedimento envolve.

A **Sessão sobre Nutrição**, realizada em grupo por Nutricionista, onde aborda a função da alimentação no tratamento da Diabetes, alimentação saudável, número de refeições, equivalentes e hidratos de carbono, gorduras, vegetais, água, álcool, sal, desmistifica-se o uso dos produtos especiais para diabéticos e o papel do exercício físico regular e moderado no controlo da diabetes.

A Sessão de Educação em grupo “**Como Cuidar dos Meus Pés**”, realizada por Enfermeira Especialista, visa a auto consciência da doença, implicações para o pé e capacitação de cada indivíduo para liderar o seu próprio processo de controlo e prevenção de complicações. Utiliza métodos activos de aprendizagem, incentivando a participação dos utentes, a troca de

experiências, a expressão dos seus receios. Recorre a métodos expositivos, demonstrativos, com recursos a materiais do dia-a-dia familiares para os doentes.

Realiza primeiro uma abordagem da fisiopatologia da doença e como organicamente pode originar as complicações, posteriormente aborda cuidados a ter com observação do pé e do sapato, higiene, tratamento de pequenas feridas, cuidados a ter com as unhas, como escolher um sapato adequado.

Por fim avalia a sessão, pedindo a resposta a pequeno inquérito de avaliação.

A **Sala de Tratamentos** para cuidados podológicos funciona com equipa multidisciplinar do qual fazem parte Médicos, Enfermeiros, Podologistas e Quiropodistas.

Modernamente equipada, com cadeiras hidráulicas, micro motor com aspiração central, sistema de irrigação de feridas, etc., possui 6 salas com ligação entre si permitindo o trabalho em parceria com os diferentes técnicos de saúde.

O acesso dos utentes faz-se por referênciação, através de credencial do médico de família ou pelos outros serviços da APDP, dedicam-se não só ao tratamento de feridas, mas também ao tratamento de queratoses e onicomioses para prevenção de futuras complicações - a cargo das quiropodistas; a adequação de calçado, suportes plantares para alívio de pressão - a cargo das podologistas e o tratamento de feridas - a cargo dos médicos e enfermeiros.

Os Enfermeiros implementam plano de tratamentos muitas vezes em articulação com o Centro de Saúde, para o qual têm uma carta própria para garantir a continuidade dos cuidados.

A organização dos cuidados e intervenções de enfermagem observadas donde se destacam, o papel do Enfermeiro como educador e facilitador da capacitação dos diabéticos; o Sistema de Registo e Informação que permite em tempo útil ter toda a informação do utente garantido uma adequada gestão e articulação dos cuidados, o trabalho em equipa multidisciplinar e o enfermeiro na liderança do Rastreio do Pé, foram estruturantes para o caminho a seguir, nomeadamente para a definição de estratégias de implementação e intervenção da Consulta de Enfermagem de Diabetes (CED), o que permitiu desenvolver competências na metodologia de trabalho a implementar.

A observação dos cuidados levou à reflexão do papel fundamental da interacção em saúde. A qualidade da interacção (profissional/utente) é o aspecto central dos cuidados de saúde e a comunicação efectiva está profundamente relacionada com satisfação dos cuidados e adesão às intervenções de saúde (COSTA&JURADO, 2006).

A ajuda que o enfermeiro pode dar na tomada de consciência do utente, no papel central que pode desempenhar no processo de saúde - doença, passa por construir uma relação e comunicação efectiva de que é exemplo o trabalho desenvolvido pela enfermeira numa das sessões de educação para a saúde que se assistiu “esta sessão chama-se, como cuidar dos MEUS pés (...) por isso quero que todos digam [grupo de doentes] individualmente eu venho aqui para saber cuidar dos MEUS PÉS” dizia na sessão a Enf.<sup>a</sup> que dá exemplo do que pode

ser interacção em saúde, num processo que “devolve” ao utente a sua responsabilidade na saúde, “envolve” promovendo o autocuidado e “envolve-se” numa relação empática, o que permitiu mobilizar e integrar conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação.

Todo este percurso permitiu integrar e determinar o diagnóstico de situação tendo como foco os utentes com diabetes tipo 2 do CSA, que se descreve no subcapítulo seguinte.

## 1.2– CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DA POPULAÇÃO ALVO

O diagnóstico da situação, em qualquer tipo de intervenção, é o primeiro passo para aferir e dar consistência ao planeamento e conseqüentes actividades. Passa por caracterizar a população, os serviços, definir problemas, descrever a situação, os factores que a determinam e o seu prognóstico (IMPERATORI, 1993).

Assim, passa-se a descrever a área de abrangência, a estrutura organizacional de cuidados, os recursos de e para a saúde, o enquadramento epidemiológico da diabetes, o perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2 do CSA, o levantamento de problemas e as propostas de resolução.

### Centro de Saúde da Alameda

O Centro de Saúde da Alameda pertence ao ACES da grande Lisboa III, inserido em zona urbana no centro de Lisboa, tem como missão a prestação de cuidados de saúde aos residentes das freguesias de São João de Deus, Penha de França e São Jorge de Arroios e ainda a utentes inscritos por opção (de forma a manter médico de família), ou utentes que, não estando inscritos, recorrem por conveniência de proximidade do local de trabalho ou estudo.

Originalmente, utilizado como Posto de Serviços Médicos e Sociais (Previdência) da rede de prestação de cuidados médicos de cariz curativo, é transformado em Centro de Saúde, dito de 2ª geração em 1983, fruto da agregação dos Centros de Saúde de 1ª geração (virados para a promoção de saúde e prevenção da doença) com os postos de Previdência, passando a oferecer cuidados aos vários níveis de prevenção, na sua vertente de promoção de saúde, prevenção da doença e curativa.

Com cerca de 58457 utentes inscritos, actualmente cerca de 3100 não têm médico de família.

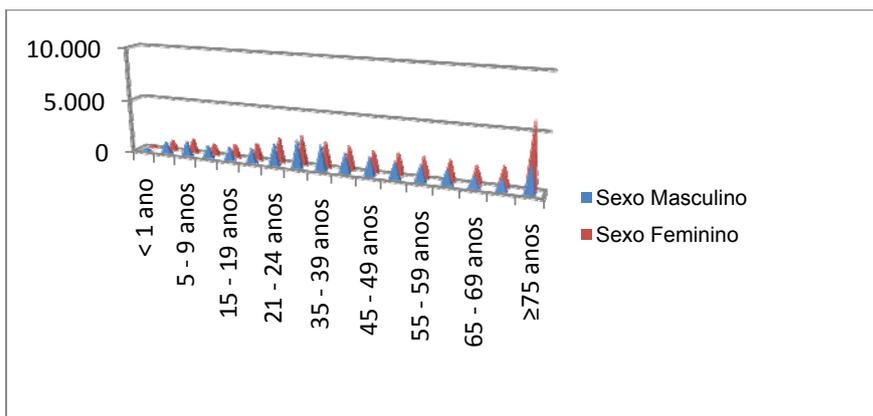


Figura 1: Distribuição dos utentes inscritos no CSA segundo o género e faixas etárias (Fonte: SINUS, 2010)

Cerca de 55,33% são do género feminino e 44,67% do género masculino, com uma crescente população idosa, na maioria mulheres, como é observável na figura 1.

A população com o diagnóstico de diabetes inscrita é de 1074 utentes do género masculino e 1042 do género feminino, num total de 2116 correspondente a 3,61% do total de utentes inscritos, valor subdimensionado segundo a Coordenadora da Unidade, visto que nem todos os diabéticos estão inscritos como diabéticos no SINUS.

#### Dados sócio-demográficos por freguesia

O Centro de saúde tem com área de influência, três freguesias do centro de Lisboa, com características semelhantes a nível dos dados sócio-demográficos.

##### **Alto do Pina**

Nos dados dos Censos 2001 a freguesia ocupa uma área de, 82 km<sup>2</sup>, com uma população residente de 10253. Tem 4308 famílias, 589 edifícios habitacionais, e 5309 alojamentos, apresenta uma densidade de 122,2 residentes por ha.

Cerca de 22,5% (> 65 anos) da população são idosos, e 25,4% (0-24 anos) são jovens. Cerca de 14,5% têm o 3º ciclo do ensino básico, 21,1% com ensino secundário, 25,1% com o ensino superior.

##### **São João de Deus**

Nos dados referentes à fonte atrás citada a freguesia tem uma área de 0,90 km<sup>2</sup>, com uma população residente de 10782. Tem 4910 famílias, 820 edifícios habitacionais e 6275 alojamentos, apresenta uma densidade populacional de 116,6 residentes por ha.

Com 33,1% de idosos e 20,3% de jovens. 14,9% dos residentes tem o 3º ciclo do ensino básico, 24,5% tem o ensino secundário, 30,6% têm o ensino superior.

##### **São Jorge de Arroios**

Nos dados fornecidos do Censos 2001, esta freguesia apresenta uma área de 1,13Km<sup>2</sup> para uma população residente de 17518. Com 8428 famílias, 1578 edifícios, 10925 alojamentos, apresenta uma densidade populacional de 150,3 por ha. Dos residentes, 30,0% são idosos,

20,2% são jovens, 16,5% têm o 3º ciclo do ensino básico, 23,0% com o ensino secundário, 21,0% têm o ensino superior.

#### Caracterização da estrutura física

Situado em prédio urbano de 9 andares (com 2 elevadores com capacidade máxima de transporte de 1 cadeira de rodas), está organizado por: na cave serviços de armazenamento de material médico e farmácia e serviços administrativos; piso 0 – informativo; piso 1 sala de tratamentos e gabinetes polivalentes de consulta médica (3), análises clínicas e de enfermagem, piso 2, 3,4 consultas médicas; piso 5 consultas médicas, vacinação e saúde infantil; piso 6, consultas médicas, saúde materna, piso 7 Direcção, Recursos Humanos e Gabinete do Utente, piso 8 consultas médicas, piso 9 Delegado de Saúde, bar.

#### Caracterização da estrutura organizacional

Pertence ao ACES III determinado pela Portaria n.º276/2009 de 18 de Março, em conformidade com o enquadramento legal estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 28/2009 de 22 de Fevereiro da criação dos Agrupamentos, agrega os Centros de Saúde da zona central de Lisboa, para além do Centro de Saúde da Alameda, os Centros de Saúde da Ajuda, Alcântara, Coração de Jesus, Lapa, Luz Soriano, Santo Condestável, São Mamede e Santa Isabel.

Tem os órgãos de administração e fiscalização sediados na Lapa, dos quais fazem parte: o Director Executivo a quem cabe a responsabilidade da gestão de actividades, recursos humanos, financeiros e de equipamentos do ACES; o Conselho Executivo, presidido pelo Director Executivo tendo como competências, entre outras, aprovar os planos anuais das actividades das unidades funcionais e realizar respectivos relatórios; o Conselho Clínico composto por presidente e três vogais dos quais faz parte uma Enfermeira Especialista, tendo entre outras competências, avaliar a efectividade dos cuidados de saúde prestados; e o Conselho da Comunidade que tem representantes dos recursos comunitários como CML, Segurança Social, IPSS, Associação de Utentes, Hospital de Referência, Comissão de Protecção Crianças e Jovens, Associações Sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social visando a articulação com os municípios, auscultação para diagnóstico e avaliação de necessidades e prestação dos cuidados de saúde na comunidade. Na dependência ainda do Director Executivo, funciona a Unidade de Apoio à Gestão, prestando apoio administrativo e assessoria técnica em todos os domínios de gestão e o gabinete do Cidadão que monitoriza a acessibilidade, satisfação e qualidade dos cuidados, articulado com os Gabinetes de Utente de cada Centro, centralizando a informação do ACES.

Cada Centro de Saúde do agrupamento pode conter várias unidades funcionais com autonomia organizativa e técnica, como uma USF, uma UCSP e uma UCC, sendo as unidades de Saúde Pública (USP) com sede na Lapa e de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) composto pelo Centro Diagnóstico Pneumológico (SDP) na Av. 24 de Julho e Centro Dermatologia/Oftalmologia no Jardim Constantino transversais a todo o ACES.

O Centro de Saúde da Alameda é composto por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que tem como objectivo a prestação de cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, continuidade e a globalidade dos cuidados e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) com o objectivo de prestar cuidados na comunidade a grupos de maior vulnerabilidade ou dependência, encontrando-se ainda em fase de projecto. Tem ainda apoio de Assistente Social responsável pelo Gabinete do Utente, Psicóloga e Higienista Oral.

A Coordenadora da UCSP - Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar com larga experiência na gestão, assumia anteriormente a Direcção do Centro de Saúde, é representante da Unidade perante o Director Executivo na perspectiva de *accountability*<sup>1</sup> integrada no novo paradigma de gestão intrínseca à reforma;

Responsável pela equipa de enfermagem - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e Coordenadora do projecto da UCC - Enfermeira Especialista em Reabilitação.

Com actualmente cerca de 35 médicos – 31 Médicos de Família, 3 Médicos dos ex – Serviços Médicos Sociais e 1 Médico em Acumulação de Funções, estão organizados por equipas correspondentes a cada piso, trabalham directamente com um a dois administrativos, e articulam-se com a Equipa de Enfermagem sediada nos respectivos programas (Sala de Tratamentos; Cuidados Continuados; Vacinação; Saúde Infantil; Saúde Materna e Planeamento Familiar) para além de consultas de rotina é garantindo o atendimento de utentes em caso de doença aguda, numa perspectiva de intersubstituição entre médicos.

Com cerca de 1600 utentes por médico prestam assistência médica ao longo do ciclo de vida.

Na saúde materna e infantil deslocam-se aos respectivos pisos (5.º e 6.º) médicos mais vocacionados para o atendimento destes grupos, centralizando assim a prestação de cuidados em articulação com a equipa de Enfermagem dos respectivos programas.

A equipa de enfermagem, coordenada por Enfermeira Especialista, é constituída por: 4 enfermeiras com o título de especialistas em CTFP; 4 Enfermeiros com CTFP; 4 Enfermeiros com contrato a termo certo; 5 Enfermeiros em acumulação de funções (a tempo parcial); 6 Enfermeiras em regime de subcontratação.

Distribuídos pelos programas de Saúde Infantil e Vacinação (Piso 5.º); Saúde Materna e Planeamento Familiar (Piso 6.º); Cuidados Continuados e Sala de Tratamentos (Piso 1.º). O Programa de Saúde Escolar Funciona com elementos da Saúde Infantil e Sala de Tratamentos.

O atendimento dos Utentes com diabetes tipo 2 é realizado pelo Médico de família, pontualmente articula-se com o enfermeiro da sala de tratamentos para tratamentos curativos,

---

<sup>1</sup> Termo utilizado na gestão e qualidade no sentido de prestar conta, não numa perspectiva penalizadora, mas de forma a contribuir para a monitorização, resolução de problemas, adaptação de estratégias com vista a fomentar a qualidade dos cuidados.

de controlo (pesquisa de glicemia capilar) ou por necessidade de ensinamentos na área da auto-vigilância. Também recorrem aos cuidados de enfermagem de forma directa utentes com úlceras do pé diabético para tratamento.

#### Recursos de saúde e da comunidade para a diabetes.

O Centro de Saúde da Alameda, tem como principais recursos de saúde para a diabetes:

**URAP** – Pertencente ao mesmo Agrupamento, tem as especialidades médicas de Oftalmologia (rastreamento e vigilância da retinopatia), Dermatologia (consultas e Bloco Operatório) e Pneumologia (Rastreamento e Tratamento da Tuberculose), o acesso faz-se por credencial do Médico de Família.

**Centro Hospitalar Lisboa Central** – Com 4 hospitais, nomeadamente Hospital de São José, Capuchos, Santa Marta e Estefânia, com dois grandes Serviços de Urgência (na Estefânia de pediatria e São José de adultos) oferece todo o tipo de Especialidades, com excepção de Psiquiatria, de que são exemplo a Medicina Interna, Pneumologia, Endocrinologia (Consulta multidisciplinar de Diabetes), Hematologia, Cirurgia Vascular, Ortopedia, Cardiotorácica, etc., atende utentes em fase aguda, crónica e em reabilitação, quer em ambulatório ou regime de internamento, o acesso faz-se por credencial passada por Médico de família, ou pré-marcação de pedido de consulta por sistema informático (ALERT 1), aguardando posteriormente no domicílio confirmação por carta com a hora e data da consulta.

**Maternidade Alfredo da Costa** – Hospital de referência para encaminhamento de grávidas de risco, nomeadamente utentes com diabetes ou que desenvolvam diabetes gestacional.

**APDP** – IPSS com sede em Lisboa, para apoio e tratamento da pessoa com Diabetes destacando-se o apoio ao doente com necessidade de insulina. Com Cursos para diabéticos e familiares, Consultas de Endocrinologia, Enfermagem, Podologia, Nutrição, Cardiologia, Oftalmologia, Nefrologia, tem Laboratório de Análises, Bloco Operatório de Oftalmologia, Sala de Tratamentos vocacionada para o pé diabético e o Centro de Podologia, o acesso faz-se por credencial e carta protocolada com história clínica do doente, no caso de utente com diabetes tipo II.

Estruturas de apoio na comunidade:

- Junta de Freguesia de Alto do Pina;
- Junta de Freguesia de São João de Deus;
- Junta de Freguesia de São Jorge de Arroios;

As Juntas de Freguesia oferecem serviços de Saúde (a baixos custos para residentes). Para além de serviços médicos, existem Consultas de Nutrição (São Jorge de Arroios e São João de Deus) e Podologia (São Jorge de Arroios).

Todas as Juntas organizam para os residentes Actividades para a 3.ª idade havendo disponível pela Freguesia do Alto do Pina -Ginástica de Manutenção, Hidroginástica, e em São Jorge de Arroios - Ginástica de Manutenção, de acesso gratuito para maiores de 65 anos.

## Enquadramento epidemiológico da diabetes

Dos dados epidemiológicos disponíveis, o estudo sobre prevalência da diabetes na população dos 20 aos 79 anos no País coordenado por DGS-SPD em 2008 aponta para uma prevalência na população de 11,7%, sendo que deste valor 5,1% ainda não tinha sido diagnosticado. No estudo verificou-se diferenças significativas entre homens, 14,2% e mulheres, 9,5%, e uma correlação directa entre o aumento da prevalência, com o envelhecimento.

Embora existam diferenças entre regiões, estas não são significativas do ponto de vista estatístico. Para a região da grande Lisboa verificou-se uma prevalência de 11,1% (DGS-SPD, 2009).

Quanto à Incidência o OND (2009), baseando-se em 2 estudos, estima que sejam diagnosticados por ano 500 a 700 novos casos por cada 100 000 habitantes.

A diabetes em relação à mortalidade em Portugal, teve em 2008 um impacto de 4,1% segundo o INE.

Dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) referidos pela OND (2009) a percentagem de doentes internados com diagnóstico principal de Diabetes aumentou no período de 2000 a 2008, 85%, e o número de pessoas com alterações oftalmológicas para o mesmo período de tempo triplicou.

Segundo a mesma fonte, o número de utentes com alta dos internamentos hospitalares com o diagnóstico de “pé Diabético em 2008 foi de 1944, e o n.º de amputações dos membros inferiores por motivo de diabetes foi de 1599.

## Perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2 do CSA

Do grupo de utentes estudados, os resultados (ANEXO II), permitiram através de um “retrato da situação” contextualizar a problemática (mediante os dados disponíveis), dos quais se descrevem os principais resultados.

Da amostra estudada (79 utentes com diabetes tipo 2), em termos **sócio-demográficos** a população é: maioritariamente de género feminino (63%); 30% situa-se na faixa etária acima dos 75 anos; 66% têm 4 anos de escolaridade; 60% está em situação de aposentação,

Em relação ao **estilo de vida** a maioria tem uma actividade de vida sedentária (73,4%), não fuma(94%) nem ingere bebidas alcoólicas(76%), mas os consumos médios de quem mantém esses hábitos está acima da média, respectivamente 54Unidades Maço/Ano(UMA) e 34gr etanol/dia;

Quanto ao **estado de saúde** o maior número, tem a doença há mais de 10 anos (62%), utiliza como terapêutica principal os anti - diabéticos orais (76%) e quanto aos factores de risco a maioria tem excesso de peso ou obesidade (59%), dislipidemia (80%) e hipertensão(78,5%).

Das complicações macrovasculares da doença 1/3 sofre de doença cardiovascular (38%), e das complicações microvasculares da doença, a retinopatia tem maior peso representando 19% dos utentes estudados, seguida da nefropatia (16,5%) e por último a neuropatia (13,9%).

Do pé diabético diagnosticado (10,1%), as deformidades ósseas apresentam-se como principal risco para ulceração.

Quanto aos **dados de controlo** (como foram definidos no questionário) a maioria realiza a autovigilância da glicemia capilar (84%), e cerca de 23% tem valores analíticos da hemoglobina glicada ( Hb A1C) acima de 8.

#### Levantamento de problemas na área da diabetes

A prevalência da doença de 3,6% no Centro de Saúde aparenta estar subdimensionada, a par com o envelhecimento da população que abrange, e comparativamente com os últimos estudos sobre a prevalência da diabetes para o País.

Da procura de cuidados de enfermagem na sala de tratamentos, as úlceras de pé diabético têm uma expressão preocupante, facto referido pela equipa de enfermagem. As úlceras de pé diabético, representam uma das complicações da diabetes relacionadas com o pé diabético que, como consequência *major*, leva à amputação dos membros inferiores, aumentando inevitavelmente o grau de dependência, condicionando a qualidade de vida e vida activa da pessoa com diabetes, e consequente um aumento do “peso” sócio-económico da doença.

Para além do tratamento é fundamental investir na prevenção de forma a reverter a tendência, facto corroborado pela evidência, nomeadamente:

- “A vigilância do pé em diabéticos deve ser realizada por profissionais de saúde e ser parte integrante do tratamento da doença de forma a diminuir o risco de lesões e/ou amputações [Grade B, Level 2]” (CDA, S44, 2008);

- “As pessoas com risco de ulceração do pé diabético e amputação, devem receber ensinios de forma a promover o auto cuidado e vigilância [Grade B, Level 2]” (CDA, S 44, 2008).

Conforme o que foi descrito anteriormente, do grupo estudado de utentes com diabetes tipo 2, a grande maioria tem factores de risco (Modificáveis) que podem agravar a doença (Sedentarismo, Excesso de peso/Obesidade), e cerca de 1/3 necessita de melhorar o controlo metabólico com o risco de agravar com severidade o seu estado de saúde, se não se aplicar medidas que visem contribuir para a capacitação dos utentes, com vista a adopção de forma consciente de comportamentos mais ajustados, nomeadamente, “todos os diabéticos devem ter garantida informação que permita a mudança ou ajuste de comportamento de modo a atingir os níveis de glicemia desejados [ Grade D, Consensus]” ( CDA, S 32, 2008), a tendência será o agravamento da doença com a instalação das complicações bem conhecidas da diabetes, e o risco de desenvolvimento de situações agudas de doença que podem levar à morte.

## Alternativas para a resolução de problemas

A nível da prevenção primária, a promoção de estilos de vida saudáveis pressupõe a intervenção na comunidade, podendo ser operacionalizado a nível das escolas e associações de forma a chegar a faixas etárias mais jovens de modo a inverter o risco potencial da doença.

A nível da prevenção secundária, a realização a curto prazo do rastreio sistemático da população de risco de forma a poder intervir precocemente para tratamento e prevenção de complicações.

A nível da prevenção secundária e terciária desenvolver acções que visem a capacitação em saúde, o acompanhamento sistemático e monitorização do estado de saúde por meio de uma estrutura de cuidados própria (Consulta de Enfermagem de Diabetes), dos utentes com diabetes tipo 2 habitualmente seguidos no CSA de forma articulada com a equipa de saúde de modo a contribuir para a produção de ganhos em saúde para o grupo alvo no contexto do CSA. Mediante os meios disponíveis humanos e financeiros, a aceitação por parte da população e dos responsáveis da Unidade, o contributo da enfermagem para a resolução dos problemas atrás mencionados passa por implementar a Consulta de Enfermagem de Diabetes.

No capítulo seguinte descrevem-se os objectivos de saúde e as estratégias a adoptar.

**Resumo do Capítulo:** o diagnóstico de situação é a base para o planeamento - o percurso escolhido foi uma escolha pessoal. Contudo a sua realização só foi possível com o contributo da equipa *multi* e interdisciplinar e a inclusão dos aportes das mais variadas disciplinas (Política, Demografia; Epidemiologia, Enfermagem, Medicina) para compreender e contextualizar a realidade e desenvolver competências no âmbito da avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

O Centro de Saúde da Alameda, inserido numa zona urbana do centro de Lisboa, com uma crescente população idosa, lida com a problemática das doenças crónicas como a Diabetes - descrever a situação com enfoque nos utentes com diabetes tipo 2 foi o objectivo desta fase.

Os dados epidemiológicos mais recentes de âmbito geral apontam para um preocupante aumento da prevalência da doença para 11,7% (DGS;SPD;2009), os dados estatísticos disponíveis no Centro referentes aos utentes inscritos (SINUS, 2010), permitiu estabelecer uma prevalência da doença de 3,6%, sendo um valor considerado subdimensionado pela coordenadora da unidade.

A fim de obter um “retrato” da saúde da população alvo, estudou-se um grupo de 79 utentes por amostra de conveniência. Os resultados para a amostra estudada, revelam que a maioria tem factores de risco (Modificáveis) que podem agravar a doença (Sedentarismo, Excesso de peso, Obesidade), cerca de 1/3 necessita de melhorar o controlo metabólico com o risco de agravar severamente a doença, havendo no grupo estudado, utentes com complicações macrovasculares (Doença cardiovascular) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) diagnosticada.

Mediante esta problemática a intervenção deve assentar na: capacitação dos utentes para, de forma consciente, optarem por comportamentos mais ajustados, vigilância e monitorização a fim de detectar e poder actuar precocemente perante situações de agravamento da doença.

Mediante os recursos, os meios, a aceitação da população e da organização de cuidados, optou-se como estrutura para a intervenção, a implementação de Consulta de Enfermagem de Diabetes.

## **2- OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS**

O objectivo de um problema de saúde, é " o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em principio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de *impacte*" (Imperatori & Giraldes, 1993,p.79) o que traz dificuldades e limitações, uma vez que é difícil medir o contributo singular de uma intervenção, ou mesmo dos serviços de saúde em termos globais, atendendo à multiplicidade de factores que podem influenciar a evolução do estado de saúde (crenças de saúde, escolaridade, condições socioeconómicas, etc.).

Contudo os objectivos de resultado devem servir de quadro de referência, tendo em conta indicadores possíveis de avaliar, evitando assim uma avaliação exclusiva da actividade dos serviços e a perda "de vista" os problemas de saúde que efectivamente se pretende melhorar com a prestação de cuidados (IMPERATORI & GIRALDES, 1993), assim os objectivos traçados são:

- Capacitar os utentes com diabetes tipo 2 para o auto-controlo da doença através da educação terapêutica, a realizar por enfermeiros na CED, com vista a melhorar o controlo glicémico, tendo como meta valores de  $HbA1c < 7^{2^2}$  ;
- Capacitar os utentes com diabetes tipo 2 do CSA para o autocuidado e vigilância do pé, fornecendo informação adequada, com vista a diminuir o risco de ulceração do pé.

A consecução dos objectivos traçados, obriga à reestruturação e organização dos serviços a nível dos cuidados de enfermagem, sendo para isso necessário seleccionar estratégias.

As estratégias propõem "novas formas de actuação que permitam alcançar os objectivos fixados" (IMPERATORI & GIRALDES, 1993:87), passa-se a enumerar as estratégias seleccionadas e respectivas actividades.

### **Estratégias de Implementação**

Estruturação da Consulta de Enfermagem de Diabetes, através de:

- a) Organização do espaço e previsão de materiais;
- b) Organização da dinâmica de funcionamento;
- c) Criação dos instrumentos para registos de enfermagem;
- d) Criar ficheiro informatizado para registo e monitorização de actividades.

Divulgação da CED junto dos utentes e equipa multidisciplinar através de:

- a) Apresentação na reunião de serviço mensal no Centro,

---

<sup>2</sup> Recomendações da ADA para o controlo glicémico

- b) Carta interna dirigida aos clínicos com vista a fomentar colaboração e articulação dos cuidados à pessoa com diabetes;
- c) Folheto informativo aos utentes sobre a consulta de enfermagem de diabetes (objectivos, acesso, horários, contactos).

#### **Estratégias de Formação:**

Promoção da integração dos profissionais de enfermagem motivados para o atendimento da pessoa com diabetes fornecendo formação adequada.

- a) Elaborar guia de boas práticas como guia para as intervenções de enfermagem na consulta;
- b) Efectuar formação em serviço;
- c) Integrar outros profissionais na CED;
- d) Articular com formação externa APDP.

#### **Estratégias de Intervenção**

Implementação da Consulta de Diabetes de Enfermagem visando a prevenção e controlo da diabetes de forma a:

- a) Identificar as necessidades de aprendizagem dos doentes com diabetes com vista a intervenções de enfermagem efectivas para promoção do auto-cuidado;
- b) Facultar aparelhos de auto-vigilância realizando ensinamentos para utilização eficaz;
- c) Realizar observação e estratificação do risco do pé de forma sistematizada e regular;
- d) Educar para o autocuidado do pé;
- e) Colaborar na vigilância e acompanhamento do estado de saúde;
- f) Transmitir conhecimentos que capacitem o utente a gerir a sua doença;
- g) Promover a adesão terapêutica;
- h) Promover estilos de vida saudáveis.
- i) Estimular a prática de exercício físico de utentes diabéticos como medida coadjuvante do controlo da doença.

#### **Objectivos operacionais: metas**

Os objectivos operacionais ou metas traduzem “o resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde” (IMPERATORI & GIRALDES, 1993:80).

O ano de 2011, corresponderá ainda à fase de implementação da CED, por isso para o primeiro ano serão propostas como metas junto da Coordenação da Unidade:

A taxa de cobertura da CED cubra entre 10 a 15% do total dos diabéticos inscritos no CSA;

Que se realize o rastreio do pé entre 10 a 15 % do total dos diabéticos inscritos no CSA;

Que a taxa de adesão seja superior a 80%;

Que se realize pelo menos 3 consultas anuais por cada utente integrado na CED.

De forma a operacionalizar a avaliação das actividades e dos resultados de saúde em relação aos objectivos e metas traçadas, estabelecem-se os indicadores de avaliação no próximo subcapítulo.

## 2.1– INDICADORES DE AVALIAÇÃO

A consecução dos objectivos traçados de forma a contribuir para a melhoria do estado de saúde do grupo alvo, obriga à reestruturação e organização dos serviços a nível dos cuidados de enfermagem, de modo a dar, não só uma resposta sistematizada e efectiva às necessidades de saúde levantadas, mas também permitir a monitorização das actividades.

A avaliação implica uma finalidade operativa de correcção e melhoramento (IMPERATONI, 1993), em que é necessário determinar o valor das acções efectuadas. Os indicadores quando adequados, fornecem dados sobre a realidade e as melhorias entretanto conquistadas.

A avaliação de resultados em saúde tem implícita, uma definição de qualidade. Á luz de DONABEDIAN (1978) referido por BOWERS (2000) a qualidade representa um julgamento clínico, que leva à escolha da estratégia mais apropriada para a gestão de uma situação determinada que envolve; análise da estrutura (meios e recursos usados nos cuidados); do processo (a forma dos cuidados) e resultados (mudanças no estado saúde atribuíveis aos cuidados). Assim que, promovam a avaliação, tanto quanto possível quantitativa, traduzida em indicadores.

Estipula-se como indicadores de avaliação a aplicar anualmente:

### **Indicadores de Estrutura**

- Abrangência da CED:  $n.^{\circ}$  total de utentes na CED/ $n.^{\circ}$  total de inscritos com diagnóstico de diabetes II x 100

### **Indicadores de Processo**

- % de adesão à CED:  $n.^{\circ}$  de consultas efectuadas/ $n.^{\circ}$  total de consultas agendadas x 100.
- % de observação do pé diabético :  $n.^{\circ}$  observações de pé /  $n.^{\circ}$  total de diabéticos em vigilância x 100.

### **Indicadores de Resultado**

Valores de HbA1c :  $n.^{\circ}$  de utentes com valores de HbA1c  $\leq$  a 7/ $n.^{\circ}$  total de utentes seguidos na CED x 100

Lesões do pé:  $n.^{\circ}$  de utentes com episódio de ulceração do pé/  $n.^{\circ}$  total de utentes seguidos na CED x 100

Seguindo a metodologia do planeamento em saúde, passa-se no capítulo seguinte, a descrever a preparação, implementação e intervenção junto do grupo alvo.

**Resumo do Capítulo:** Após o levantamento de problemas e o estabelecimento da sua evolução, (caso não sofram qualquer intervenção), coube desenvolver competências na formulação de objectivos, estratégias e indicadores de avaliação.

A definição de objectivos, que traduzam o “resultado desejável e tecnicamente exequível” (IMPERATORI & GIRALDES, 1993) de forma a alterar a evolução natural desses mesmos problemas, embora tenha limitações mediante a multiplicidade de factores que influenciam o estado de saúde, são contudo um quadro de referência, passível de ser avaliado por indicadores de resultado.

Foram estabelecidos 2 objectivos que visam capacitar os utentes com diabetes tipo 2 para o autocontrolo da doença, com vista a melhorar o controlo glicémico (traduzido nos valores de Hb A1c  $\leq$  a 7.) e o auto-cuidado e vigilância do pé a fim de diminuir o risco de ulceração.

Para operacionalizar os objectivos foi necessário criar uma estrutura de cuidados de enfermagem que promovesse o acompanhamento de forma sistematizada, tendo sido delineadas estratégias com vista à implementação, formação dos enfermeiros e intervenção com os utentes.

Foram ainda estabelecidas metas para as actividades a desenvolver na CED para o primeiro ano de implementação.

Com vista a poder avaliar os resultados e consecução das metas foram estabelecidos indicadores de estrutura (taxa de abrangência da CED); de processo (taxa de adesão à CED e o numero de observações do pé) e de resultado a “curto prazo”(taxa de utentes com Hb A1c  $\leq$  a 7, taxa de utentes com ulceração do pé).

### 3- CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES: FASE DE PREPARAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

A Consulta de Enfermagem de Diabetes, é o espaço de eleição para conhecer a situação de saúde dos utentes, as suas crenças e motivações e, com base nas necessidades identificadas, tomar decisões no âmbito do exercício profissional autónomo, realizar uma abordagem sistémica e sistemática, implementar intervenções de enfermagem para evitar riscos, detectar problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas identificados (O.E., 2001).

É portanto um meio para consecução dos objectivos traçados tendo como instrumento central a educação terapêutica.

A DGS (2000) define educação terapêutica como o processo pelo qual os profissionais de saúde qualificados habilitam os doentes e família a lidarem melhor com a doença de forma a prevenir complicações, e manter tanto quanto possível uma qualidade de vida satisfatória.

A implementação da CED obriga à reestruturação e organização dos serviços a nível dos Cuidados de Enfermagem.

Ao falar-se de uma estrutura de Cuidados de Enfermagem, temos que, obrigatoriamente enquadrar e ligar à estrutura global de cuidados, para HESBEEN (2001:118) *“a organização da prática de enfermagem, entre outras, não é aceitável se for concebida isoladamente do conjunto mais vasto e mais complexo que é a organização da prática dos cuidados que, por sua vez, se baseia numa abordagem decididamente multiprofissional”*.

O processo decisório, “de que rumo seguir”, na fase de preparação e implementação teve como base esta premissa.

A par da metodologia seguida no 1.º capítulo subdivide-se o presente capítulo em 2 subcapítulos, no primeiro descrevem-se as estratégias adoptadas na fase de preparação e implementação da CED, as actividades desenvolvidas e competências adquiridas e no segundo, como foi operada a intervenção com os utentes.

#### 3.1 – ESTRATÉGIAS E ACTIVIDADES

De forma a operacionalizar a intervenção com os utentes, foram delineadas estratégias, que se descrevem de seguida.

##### ***Estruturação da Consulta de Enfermagem de Diabetes***

A organização de uma nova estrutura de cuidados, implica a reorganização do espaço e previsão de materiais e recursos; a definição da dinâmica de funcionamento e a criação de instrumentos de apoio à prática de enfermagem.

A enfermagem assume desde sempre a administração do ambiente físico, a previsão, provisão, organização e controle de materiais (CASTILHO & LEITE, 1991). Ao organizar-se um nova estrutura de cuidados, este conhecimento técnico é mobilizado na execução dos objectivos.

Reafirmando HESBEEN (2001) a organização da prática de enfermagem depende forçosamente da organização da prática dos cuidados, dos princípios da estrutura, bem como das políticas institucionais, dos serviços e da enfermagem enquanto referência para a acção e reflexão profissional, a operacionalização dos cuidados passa obrigatoriamente pela articulação com a equipa de saúde

Querendo aplicar um modelo de cuidados centrado na pessoa visando o *empowerment*, a independência e autonomia, a participação activa do utente em que este define as suas necessidades (DH & DIABETES UK, 2005), os instrumentos para registos de enfermagem, devem reflectir essa filosofia e segundo HESBEEN (2001) devem ser suficientemente flexíveis para comportarem as necessidades, expectativas e valores do utente, devendo representar uma ajuda à prática diária e não um "fardo" para os enfermeiros.

Segundo o autor, devem ter a participação na elaboração de quem vai utilizar e serem capazes de ser utilizados pela equipa multidisciplinar, embora faça a ressalva que, o processo de enfermagem é mais do que um instrumento de registo e os cuidados têm uma dimensão mais ampla do que o que é passível de ser registado porque, para Hesbeen, representa "caminhar com a pessoa".

Para CASTILHO & GAIDZINSKI (1991), a fase de desenvolvimento e operacionalização do projecto ou programa, depois de considerar os recursos humanos, físicos e materiais previstos (o que, quem, onde, como e quando), pressupõe a aprovação do projecto pelo superior hierárquico de forma a legitimar o método.

#### Actividades Desenvolvidas

A organização da estrutura física foi realizada mediante aprovação da Coordenadora da Unidade, para utilização de gabinete polivalente para consultas de saúde situado no piso I, junto à Sala de Tratamentos, como o espaço de funcionamento da CED.

O gabinete já equipado, sofreu alguns ajustes de forma a completá-lo, nomeadamente a nível do equipamento geral, com um armário multifunções, balança para adultos, baldes para resíduos do grupo 1 e 2, contentor para cortantes e material de equipamento médico, como esfigmomanómetro, candeeiro de luz fria, e material para a avaliação do pé ( *Eco-Doppler* para avaliação de pulsos pediosos, diapasão para avaliação da sensibilidade , monofilamentos de pesquisa de sensibilidade à pressão) em conformidade com as orientações da Direcção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde para o equipamento de um gabinete de consulta de enfermagem.

Mediante o actual enquadramento financeiro que atinge todas as estruturas das organizações de saúde "macro", "meso" e "micro", houve o reforço do conceito "reciclar", efectuou-se o

levantamento de necessidades, e recursos materiais existentes com a colaboração da Chefe Administrativa responsável pelos recursos materiais e Enfermeira Coordenadora, assim reorganizou-se o gabinete, sem custos significativos e com a vantagem de rentabilizar na prestação de cuidados os equipamentos existentes.

Na estruturação da consulta (ANEXO IV) para além dos objectivos, definir destinatários, forma de acesso e operacionalização (marcações, consultas, sessões educativas, articulação) respondendo a “o que, quem, onde, como e quando”, coube nesta fase pensar os recursos necessários para corresponder às metas traçadas, calculou-se a necessidade de horas de enfermagem, tendo por base um cálculo médio de 1 hora por consulta, estipulou-se a necessidade um total de 832 horas de enfermagem/ano (correspondentes a 832 consultas), para uma média de utilização por utente de 3 consultas/ano, que se traduz em cerca de 16 horas por semana (afim de atingir uma taxa de abrangência entre 10 a 15% para o ano 2011).

Houve a necessidade de construir, para apoio e monitorização de actividades, de um ficheiro em EXCEL de forma a avaliar de forma quantitativa (tanto quanto possível) o trabalho desenvolvido e a aplicação dos indicadores estipulados.

O Sistema Informático de Apoio à Prática de Enfermeiros, (SAPE) para registos, continuava inoperacional, pelo que a Enfermeira Coordenadora fez diligências junto do Conselho Clínico e UAG afim de poder saber como agilizar o processo de obtenção de palavra-chave de acesso ao sistema, afim de operacionaliza-lo o mais rapidamente possível. A resposta não foi na altura positiva visto haver constrangimentos a nível da capacidade do Servidor informático e conseqüente risco de colapso do sistema. Mediante este cenário optou-se pela criação de instrumentos de registo em papel.

Os instrumentos construídos de apoio às intervenções de enfermagem com o utente visam o registo, nomeadamente a Ficha de Colheita de Dados (avaliação inicial), Avaliação do Pé (registo do exame objectivo) e Ficha de Seguimento (para registos de acompanhamento) (ANEXO V).

Estes instrumentos têm características mistas, com questões abertas e fechadas ou de classificação, dependendo esta última da avaliação do enfermeiro, pretendendo servir de guia para a entrevista com o utente no contexto da consulta, de forma a registar as intervenções, estruturar a história do utente, realizar o exame físico, com o objectivo de estabelecer um perfil do utente que seja o ponto de partida para, “com o utente”, traçar objectivos realistas que contribuam para a melhoria do seu estado de saúde e prevenção de complicações ligadas à diabetes. Estes instrumentos foram realizados, tendo a colaboração dos colegas com experiência no atendimento do utente diabético.

A forma de organização e operacionalização foi aprovada pela Coordenadora da Unidade e de Enfermagem, contudo a implementação não ficou garantida, mediante o enquadramento Nacional político -financeiro, e coincidindo como o anúncio por parte do Governo do Plano de Estabilidade e Crescimento III, com fortes restrições orçamentais, cortes salariais na

Administração Pública, não contratação de recursos humanos. Perante o contexto específico do Centro, com metade dos enfermeiros subcontratados, a incerteza da continuidade dos contratos, um número considerável de médicos com pedidos de reforma, a CED ficou suspensa, em especial por não estar garantida a alocação dos recursos, que garantisse a continuidade da mesma, após o *terminus* do estágio.

Aqui existiam dois caminhos possíveis, não arriscar e não deixar avançar um programa que poderia não estar aberto mais de 2 meses e ter criado “falsas expectativas nos utentes”, ou efectivamente arriscar, não se paralisar pela incerteza e permitir que a CED avançasse, como resposta às necessidades dos utentes e da própria organização de cuidados.

Coube aos responsáveis pela unidade decidir, a CED foi viabilizada mediante negociação com a Coordenação da Unidade, nomeadamente passou a ser considerada em “fase experimental”, deixando-se de parte a divulgação formal prevista para os utentes do Centro.

Após 2 semanas de incerteza, pôde-se recomeçar com alguma confiança.

Neste objectivo as competências desenvolvidas, prenderam-se sobretudo com questões inseridas na disciplina de administração em enfermagem, nomeadamente: a gestão dos cuidados na sua área de especialização, o desenvolvimento uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; e a liderança do projecto de cuidados.

O próximo passo foi a divulgação do projecto de cuidados.

### ***Divulgação do projecto à equipa Multidisciplinar e Utentes***

Como foi referido anteriormente esta estratégia sofreu uma redirecção apenas para divulgação dentro da equipa de saúde, uma vez que a CED, passou a ser entendida como em “fase experimental”, mediante a incerteza de continuidade, pelos constrangimentos atrás nomeados.

Esta estratégia ambicionava ir além da “divulgação”, pretendeu também promover a participação, articulação e trabalho em equipa, bem como a promoção da acessibilidade dos utentes a cuidados de saúde, determinantes do sucesso de qualquer projecto de intervenção.

#### **Actividades Desenvolvidas**

A divulgação do projecto à equipa multidisciplinar, foi em primeiro lugar realizada numa estrutura formal da formação médica (sessão clínica), que permitiu, não só ser um espaço de eleição para apresentação da CED e dos resultados do grupo de utentes estudado em que alguns médicos tinham participado, como um espaço de reflexão multidisciplinar.

A sessão de apresentação (ANEXO VI), teve a participação de cerca de 15 médicos e 10 enfermeiros, tendo a metodologia adoptada sido adequada e motivado o debate em grupo.

Por um lado a apresentação da estrutura de organização e objectivos da CED permitiu esclarecer dúvidas, e por outro levou o grupo a reflectir sobre a importância desta estrutura de cuidados para obter “ganhos em saúde”.

Questões pertinentes foram levantadas, tais como: a articulação da equipa sem o SAPE a funcionar, a questão de criar expectativas aos utentes com um programa novo que, no enquadramento actual de contenção (recursos humanos), pode estar seriamente comprometido, a capacidade de resposta da CED para o n.º de utentes inscritos com diabetes e por último os critérios para a referenciação médica de utentes para a CED (uma vez que ficou estipulado que o acesso à consulta seria feito por referenciação médica). As questões foram debatidas individualmente.

A questão dos sistemas de informação, nomeadamente do SAPE, foi focada na perspectiva do grande interesse que representa para o trabalho em equipa com vista à efectividade e qualidade dos cuidados, sendo essencial num futuro próximo a sua implementação.

Em relação à incerteza da continuidade do projecto, e o facto de se poder criar falsas expectativas nos utentes, foi defendida uma visão positiva de - não paralisar perante uma hipótese, se bem que real, e aproveitar “no agora” o potencial e a motivação dos enfermeiros, contudo como salvaguarda, foi esclarecido que o programa não seria divulgado à generalidade dos utentes, uma vez que era considerado um projecto em fase experimental.

Em relação à capacidade de resposta da CED (mediante as horas atribuídas inicialmente de 16 horas/semana), foi debatido que, embora não fosse o ideal, havia o compromisso da coordenação da unidade de eventualmente aumentar o n.º de horas de forma a ajustar às necessidades.

O grupo sugeriu ainda que, a referenciação deveria ter critérios estipulados pelos enfermeiros, o que ficou de ser realizado com brevidade.

Estipular critérios de acesso aos cuidados impõe uma reflexão ética obrigatória.

De facto “O discurso da universalização e da acessibilidade dos cuidados de saúde, a par do desenvolvimento das tecnologias e do problema de alocação de recursos, redimensionam a questão do direito ao cuidado na saúde e na doença”(O.E, 2003:66).

A questão da equidade e do direito ao cuidado, fica em cima da mesa.

Para alguns teóricos a equidade é diferenciada em horizontal (tratamento igual para iguais) ou vertical (tratamento desigual para desiguais), para outros essa diferença é associada a “intra” necessidades e “inter” necessidades, respectivamente, tratamento igual para necessidades de saúde iguais ou o tratamento “apropriadamente desigual” de diferentes necessidades de saúde introduzindo o conceito de prioridade (CORREIA DE CAMPOS, 2008)

O cuidado é a actividade ou “produto final” da profissão de enfermagem, ou seja constitui a sua finalidade. Comportando na acção, as concepções científicas da disciplina, a racionalidade, a criatividade, um sentido ético, estético e intuitivo (O.E, 2003).

O direito à saúde quer seja entendido como direito individual, ou colectivo, pressupõe o acesso aos meios para cada pessoa ou grupo otimizar o seu estado de saúde, (O.E, 2003).

Mediante a convicção que estabelecer prioridades dando a quem mais precisa, para o mesmo grupo de doentes, não colidiu com questões éticas ou deontológicas, procurou-se incluir os utentes que necessitariam de cuidados de enfermagem, por possivelmente, não terem as habilidades necessárias para controlar ou melhorar o seu estado de saúde.

Após aprovação tácita da Coordenadora da Unidade, foi dirigida carta por e-mail à equipa multidisciplinar com os critérios de referenciação (ANEXO VII), tendo o momento servido para reforçar a divulgação da CED.

Todo o processo contribuiu para o desenvolvimento de competências, como a comunicação dos resultados de investigação aplicada para audiências especializadas, representou um reforço na capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar e a tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

A próxima estratégia pretende promover a formação com vista à continuidade e qualidade da CED.

***Promoção da integração dos profissionais de enfermagem motivados para o atendimento da pessoa com diabetes, disponibilizando formação adequada.***

A integração de enfermeiros na prática e a formação adequada promove a continuidade do projecto após o *terminus* do estágio, bem como garante um atendimento de qualidade.

Ao fomentar as boas práticas de cuidados, pretendeu-se envolver e sensibilizar a equipa de enfermagem para as intervenções com enfoque na capacitação dos utentes para gerir o seu próprio processo de saúde-doença, baseada na evidência científica das boas praticas de cuidados, onde está amplamente reconhecida *“que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – guidelines – constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”*( OE,2003, p.6 ).

A evidência demonstra que, a educação do diabético, deve ser facultada por profissionais preparados. A educação do doente diabético é fulcral para o mesmo poder fazer escolhas, controlar a diabetes e prevenir complicações.

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e indivíduo ou grupo, foco dos seus cuidados, caracteriza-se pela parceria, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação tem a capacidade de se desenvolver e fortalecer ao longo de um processo dinâmico, que tem como objectivo fomentar no utente um papel proactivo no seu próprio “projecto de saúde” (O.E., 2001).

Logo requer, entre outras componentes, tempo e uma abordagem sistematizada, que vá ao encontro das necessidades de apoio e de aprendizagem do utente, necessários para o ajudar a lidar com os seus próprios desafios de saúde.

Para a Ordem dos Enfermeiros, na fase de implementação dos cuidados, *“o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (...) guias orientadores da boa prática dos cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (O.E, 2001:10).

#### Actividades Desenvolvidas

Todo o trabalho desenvolvido na fase de estruturação, nomeadamente os documentos escritos sobre a dinâmica da CED e as instruções de preenchimento dos instrumentos de registos, tiveram como objectivo serem facilitadores da integração de novos elementos.

Nesta fase, como reforço criou-se um documento de orientação para a prática baseada na evidência (ANEXO VIII) para servir de guia às intervenções de enfermagem e contribuir para a qualidade dos cuidados.

O processo de integração iniciou-se com critérios – motivação para o atendimento da pessoa com diabetes; competências comunicacionais e relacionais desenvolvidas, formação anterior em diabetes (APDP)., mediante a complexidade que representa, cuidar indo ao encontro do outro, na sua singularidade e caminhar “com”o utente no caminho que o próprio traçou (FIGUEIREDO, 2004).

Havendo colegas nestas condições a integração foi iniciada com um elemento durante uma semana, tendo havido dificuldade de realiza-lo de forma continuada mediante a necessidade de deslocar o Enfermeiro para outros programas, considerou-se contudo como um inicio positivo, indicador do empenho em dar continuidade à CED no CSA.

Mediante auscultação dos colegas, surgiu como necessidade, realizar formação sobre novos instrumentos na educação terapêutica, nomeadamente sobre os Mapas de Conversação, instrumento criado pela Healthyi em colaboração com a Federação Internacional da Diabetes-Europa.

Os Mapas de Conversação, composto por 4 mapas, versam sobre os temas chave para a educação do diabético, nomeadamente: Viver com Diabetes; Como Funciona a Diabetes; Iniciar o Tratamento com Insulina e Alimentação Saudável e Actividade Física.

Projectado para utilização em pequenos grupos entre 3 a 10 utentes, tem uma estrutura similar ao conhecido “jogo da glória” e pretende através de mecanismos de aprendizagem verbal, visual e interactiva, estimular o utente a chegar às respostas, num processo de interiorização da aprendizagem.

A Sessão (ANEXO IX) integrada no Programa de Formação em Serviço, foi realizada em Janeiro 2001 (após o Estágio por questões de agenda do plano de formação do Serviço).

A sessão teve a participação de 6 enfermeiros e 1 médica, a metodologia adoptada explicitada no plano de sessão com recurso a métodos activos (Role Play, Demonstrativo, Participativo), revelou-se eficaz não só para o grupo atingir os objectivos da sessão, como para a reflexão

sobre a potencialidade dos mapas de conversação como instrumento para a educação do diabético, e o exigente papel do profissional de saúde como mediador do processo.

As actividades desenvolvidas permitiram o desenvolvimento de competências na identificação das necessidades formativas, na integração de outros profissionais no projecto, bem como o seu desenvolvimento pessoal e profissional através do processo de integração e formação, e, com a elaboração do guia (ANEXO VIII) a incorporação na prática dos resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização.

O subcapítulo seguinte descreve a intervenção realizada com um grupo de utentes, ficando subdividido em três pontos, a caracterização do grupo, as acções desenvolvidas e respectiva avaliação.

### 3.2 - INTERVENÇÃO “COM “OS UTENTES:

A identidade conceptual do projecto de cuidados fica expressa na expressão “*com*”os *utentes*, num caminho que, para KÉROUAC [et al], (1996) é construído pela enfermagem a partir de meados dos anos 70, em que *Cuidar* significa “estar com” a pessoa, numa atmosfera de mútuo respeito, criando possibilidades de desenvolvimento do potencial de ambos, numa relação de parceria.

A parceria segundo a O.E., (2001), caracteriza a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e indivíduo ou grupo foco dos seus cuidados, a par do respeito pelas suas capacidades e da valorização do seu papel. Esta relação tem a capacidade de se desenvolver e fortalecer ao longo de um processo dinâmico, que tem como objectivo fomentar no utente um papel proactivo no seu próprio “projecto de saúde”

O processo passa pela educação, na perspectiva de FREIRE (1975), - que leve o homem a ser pessoa dono do seu projecto pessoal, e não do projecto de outrem.

O **Modelo de Empowerment**, agrega estas premissas. Tem como objectivo promover a autonomia, criar consciência crítica em relação a factores chave da vida e desenvolver competências para a capacitação individual ou comunitária para liderarem o próprio projecto de saúde (CARVALHO & CARVALHO, 2006).

Segundo os autores, para além de informação relevante, o modelo pretende clarificar valores e crenças e estimular a avaliação crítica dos indivíduos para desenvolverem competências de auto-decisão, para uma verdadeira escolha voluntária.

Logo requer, entre outras componentes, de espaço próprio, tempo e de uma abordagem sistematizada, que vá ao encontro das necessidades de apoio e de aprendizagem do utente, necessários para o ajudar a lidar com os seus próprios desafios de saúde.

Para SOUSA, PEIXOTO & MARTINS (2008) a consulta de enfermagem a doentes com diabetes, representa um potencial para o desenvolvimento da relação terapêutica em parceria

(enfermeiro – pessoa/grupo), facilitando o processo de adesão terapêutica com recurso a planos de cuidados adaptados à pessoa com identificação de áreas de dificuldade de adesão comportamental, para que possam ser ultrapassadas e haja efectivos ganhos em saúde.

Nos cuidados à pessoa com diabetes é amplamente reconhecida a necessidade de envolvê-la nos cuidados, ajudando o utente a estabelecer os seus próprios objectivos, respeitando as suas prioridades e necessidades, bem como ter em conta os seus hábitos de vida e o estadió da doença (FUNNELL & ANDERSON, 2004).

É neste enquadramento, numa abordagem de *Empowerment* que se pretende operacionalizar os cuidados de enfermagem ao utente diabético na CED.

As intervenções desenvolvidas numa estrutura própria, ou seja no contexto da CED, são um reflexo da “profissionalização” do cuidar contribuindo para a valorização e visibilidade da enfermagem em termos representação social.

### 3.2.1 - Caracterização do Grupo

Durante o estágio, foram integrados na CED cerca de 15 utentes referenciados pelo Médico de Família.

O motivo de referênciação, foi em primeiro lugar a fraca adesão às medidas terapêuticas (73%), seguida da iniciação à autovigilância (20%) e por último o risco de ulceração do pé (7%) como podemos observar na figura 2.

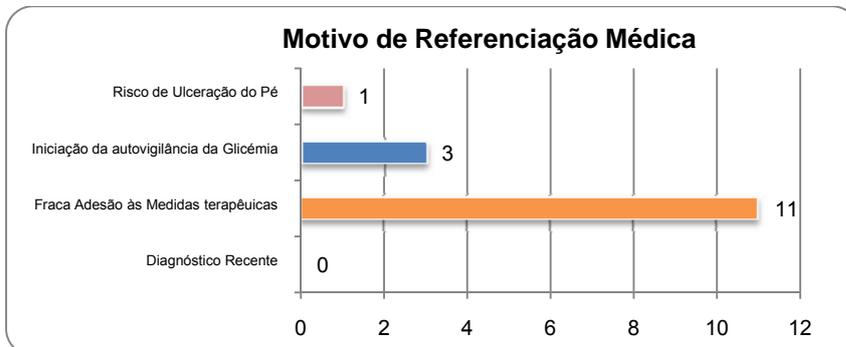


Figura 2: Motivo de Referênciação médica para a CED

Os dados de caracterização, aqui apresentados foram resultado dos dados colhidos por entrevista ao utente nas consultas individuais.

Quanto às características **sócio-demográficas**, maioritariamente de género feminino (60%); situa-se na faixa etária acima dos 65 anos (Fig 3); 67% têm 4 anos de escolaridade e cerca de 20% tem entre 9 a 12 anos; a maioria está em situação de aposentação (80%) e cerca de 13% refere viver só.

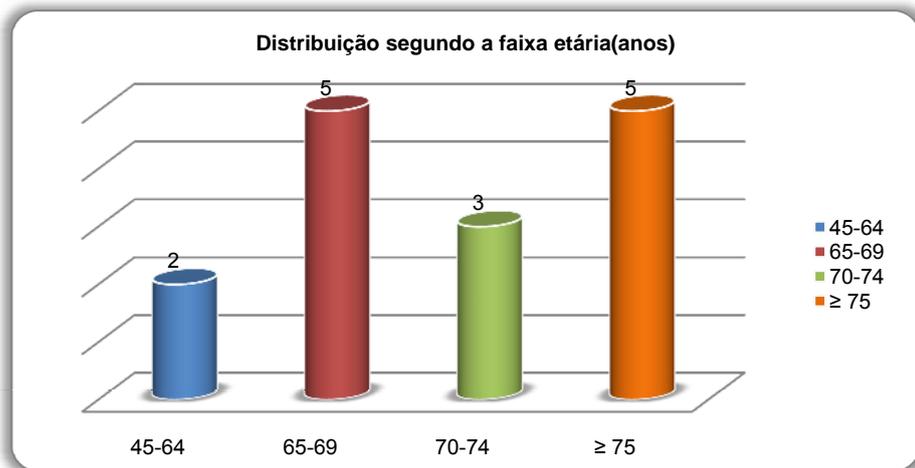


Figura 3: Distribuição segundo a faixa etária dos utentes seguidos na CED

Em relação ao **Estilo de Vida**, 40% considera ter uma actividade de vida sedentária, ou moderada (40%) e 20% refere ser activa;

Cerca de 40% refere ingerir bebidas alcoólicas às refeições com um consumo médio para o grupo de 17gr/dia, apenas um dos utentes referiu ter hábitos tabágicos com um consumo de 15 UMA;

Quanto aos hábitos alimentares 80 % diz fazer fraccionamento alimentar de 5 a 7 refeições por dia;

Quanto aos consumos alimentares, todos dizem ter um consumo adequado de proteínas (100%), 73% tem uma ingestão de fibras e legumes nas quantidades recomendadas, enquanto 27% tem um consumo deficiente;

Em relação à ingestão de gorduras, 53% diz ter um consumo adequado, sendo excessivo para 47%; quanto ao consumo de sal apenas 20% reconhece como excessivo,

O consumo de hidratos de carbono (fig. 4), é excessivo para 60% dos utentes, adequado para 20%, e abaixo do recomendado para 20%, quanto ao consumo de açúcares, cerca de 53% ingere açúcar (puro ou contido nos alimentos) acima do recomendado e em relação à ingestão de água 53% ingere abaixo do recomendado.

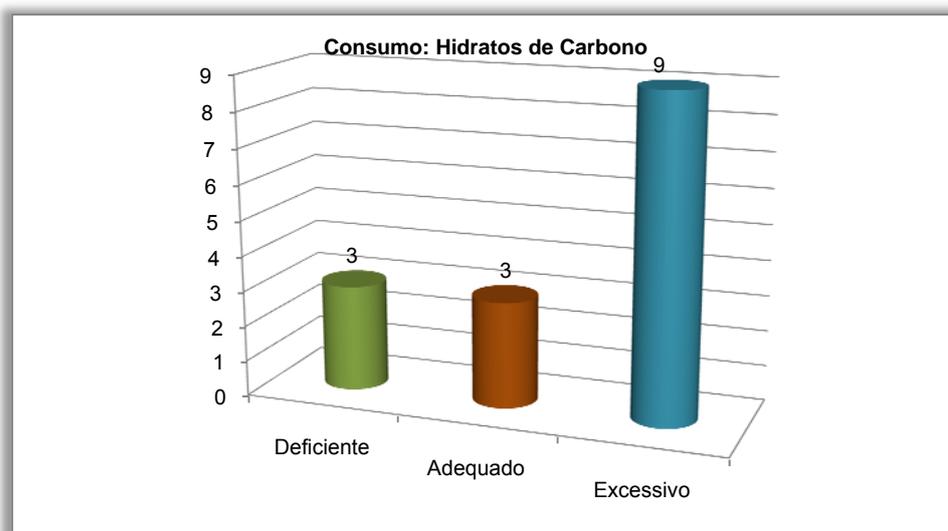


Figura 4: História de Consumo de Hidratos de Carbono, dos Utentes Integrados na CED

Quanto ao **Estado de Saúde** o maior número, tem a doença há mais de 5 anos (47%) e 40% dos utentes há mais de 10 anos (fig. 5), o diagnóstico foi realizado por análises de rotina para cerca de 87% dos utentes (sem se terem apercebido antes de qualquer sintoma da doença);

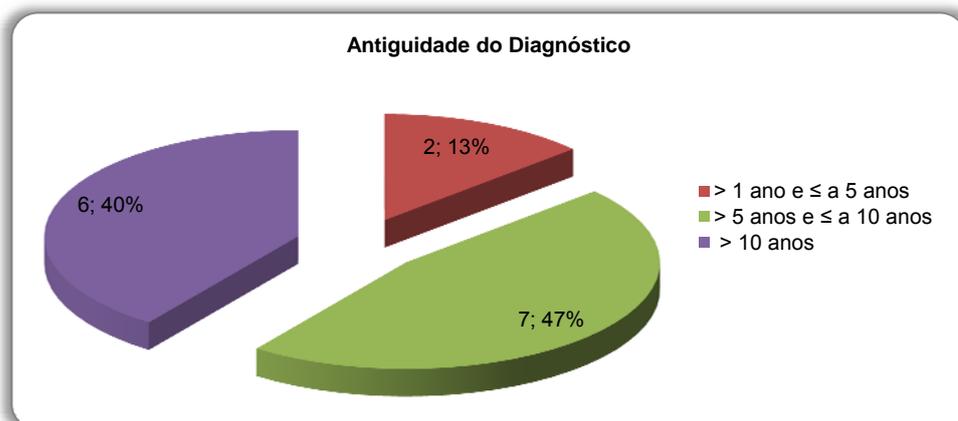


Figura 5: Antiguidade do Diagnóstico dos Utentes Seguidos na CED

A maioria está medicado com anti - diabéticos orais (93%) e apenas 7% utiliza para controlo da diabetes, exclusivamente medidas não farmacológicas;

Quanto aos factores de risco a maioria sofre de obesidade (60%), dislipidémia (93,3%) e hipertensão (73,3%).

Das complicações macrovasculares da doença cerca de 20% sofre de doença cardiovascular, e das complicações microvasculares da doença, 7% diz ter retinopatia e 20% nefropatia.

A maioria realiza a autovigilância da glicemia capilar (80%).

Dos valores da hemoglobina glicada ( Hb A1C) só foi possível colher dados de 6 utentes( os restantes não tinham o registo de análises consigo), tendo 4 utentes- valores iguais ou abaixo de 7; 1 utente -valores entre 8 e 10 e um utente com valores superiores a 10.

Quanto aos **conhecimentos sobre a doença** (Diabetes, Complicações, Tratamento) todos mostraram ter algum tipo de conhecimento.

### 3.2.2 – Acções Desenvolvidas

No acompanhamento dos utentes referenciados para a consulta foram realizadas, numa abordagem individual 15 consultas de 1.<sup>a</sup> vez e 6 de seguimento, num total de 21, e numa abordagem em grupo, 2 sessões de Educação para a Saúde.

*“Na Primeira Consulta o enfermeiro recolhe informações do histórico do utente através de entrevista guiada pela ficha de colheita de dados, realiza o exame físico com observação do pé e classifica o risco, e estipula com o utente quais os objectivos a atingir até à próxima consulta, esboçando um plano de cuidados mediante as necessidades e problemas levantados”<sup>3</sup>.*

Na primeira abordagem com o utente, coube criar um clima de empatia e compreensão perante a exigência de viver com diabetes. Foi esclarecido que, o papel do enfermeiro é ajudá-lo a lidar melhor com a doença, nas áreas onde sente maior dificuldade, e que o papel do utente é central no controlo da diabetes.

Foi essencial ouvir o utente, no que já sabe sobre a diabetes e no que identifica como prioritário aprender (visto que a maioria dos utentes tem a doença diagnosticada há mais de 5anos, fig.5), para em primeiro lugar dar resposta às necessidades sentidas pelo próprio.

A escuta é fundamental para tentar descortinar no discurso os medos, as preocupações e as crenças de saúde.

O instrumento de colheita de dados, serviu de guia na entrevista e auxiliou na identificação de problemas que, embora possam não ser sentidos pelo utente, influem de forma importante no seu estado de saúde, nomeadamente os factores de risco modificáveis (peso corporal, actividade física e hábitos de vida, em particular o tabagismo, e os consumos alimentares que aumentam o risco e dificultam o controlo metabólico) capazes de serem reduzidos mediante as mudanças de comportamento e por isso foco prioritário das intervenções de enfermagem. Assim sempre que oportuno sensibilizou-se o utente para a importância destes factores e transformaram-se os momentos da primeira consulta em momentos de aprendizagem.

Na primeira abordagem realizou-se o exame físico com observação do pé e procedeu-se à classificação do risco para ulceração (fig.6) em conformidade com a Circular Normativa N.º 05/PNPCD de 22/03/2010.

---

<sup>3</sup> In Consulta de Enfermagem de Diabetes: operacionalização (ANEXO IV).

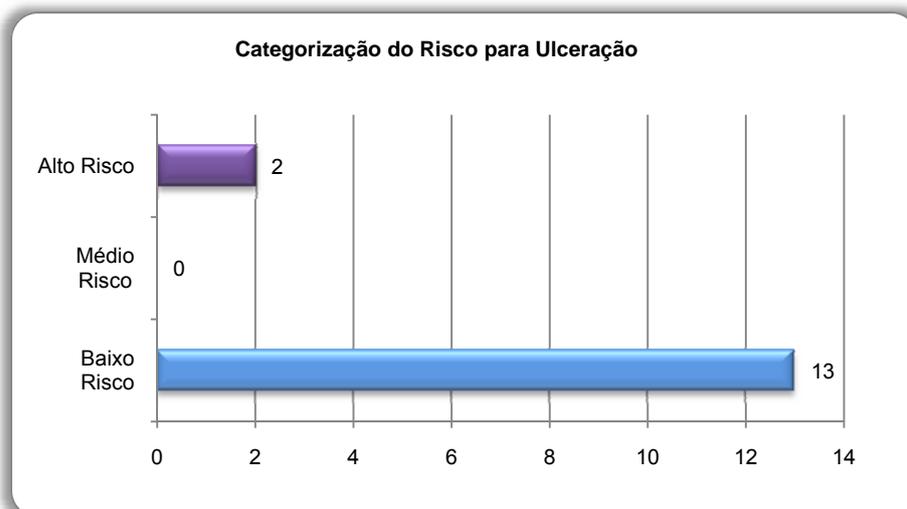


Figura 6: Categorização do risco de ulceração do pé dos utentes seguidos na CED

Estipulou-se a periodicidade da observação em conformidade com o preconizado na Circular Normativa referida anteriormente, enviou-se o registo da observação do pé para conhecimento do médico de família (cópia entregue ao utente dirigida ao médico) discutiu-se quando necessário, com o médico, a necessidade de referenciação para cuidados especializados (nomeadamente dos utentes com alto risco de ulceração), e junto com o utente avaliou-se a necessidade de reforço dos ensinamentos com vista ao auto-cuidado e disponibilidade para participação em sessões de grupo sobre esta temática.

Após a primeira consulta vocacionada para realização do histórico do utente como base para o diagnóstico e intervenção, estava previsto na dinâmica da organização de cuidados uma segunda consulta na semana seguinte mais virada para a intervenção, esta foi realizada mediante as possibilidades físicas do utente (utentes idosos com compromisso da marcha), a sua disponibilidade e motivação, tendo-se incentivado a participação dos familiares, parceiro fundamental na mudança comportamental.

Por fim coube estipular com o utente objectivos sob a forma de “contrato” escrito a atingir pelo utente até à próxima consulta, a fim de melhorar o conhecimento sobre os hábitos do utente (diário alimentar, registo de glicemia em perfil), ou concretamente o seu estado de saúde (objectivos glicémicos em jejum e pós prandial, diminuição do peso estipulando o n.º de quilos, objectivos de marcha diária/semanal, aumentar o fraccionamento alimentar, etc.).

*“Na Consulta de Seguimento o enfermeiro dá seguimento ao plano e ajusta-o às necessidades, completa a informação e monitoriza o estado de saúde, registando em folha própria”<sup>4</sup>.*

Das consultas de seguimento efectuadas, perguntou-se inicialmente ao utente se tem algo que o preocupe ou queira abordar, as dificuldades que sentiu e como se sente, ou se houve progressos no controlo metabólico.

<sup>4</sup> In Consulta de Enfermagem de Diabetes: operacionalização (ANEXO IV).

Reviu-se o “contrato” que se estabeleceu com o doente, se foi cumprido ou não, e quais foram as dificuldades, envolveu-se a família nos cuidados para suporte e apoio ao utente para cumprir objectivos, procedeu-se à consecução do plano de cuidados nomeadamente a nível da educação terapêutica onde a alimentação, os aspectos com a auto-vigilância e o autocuidado do pé tiveram maior relevância (fig. 7).

Forneceu-se informação sobre como mudar comportamentos de forma realista e estratégias para resolução de problemas adaptados a cada realidade, tendo o cuidado de reforçar positivamente o que está bem.

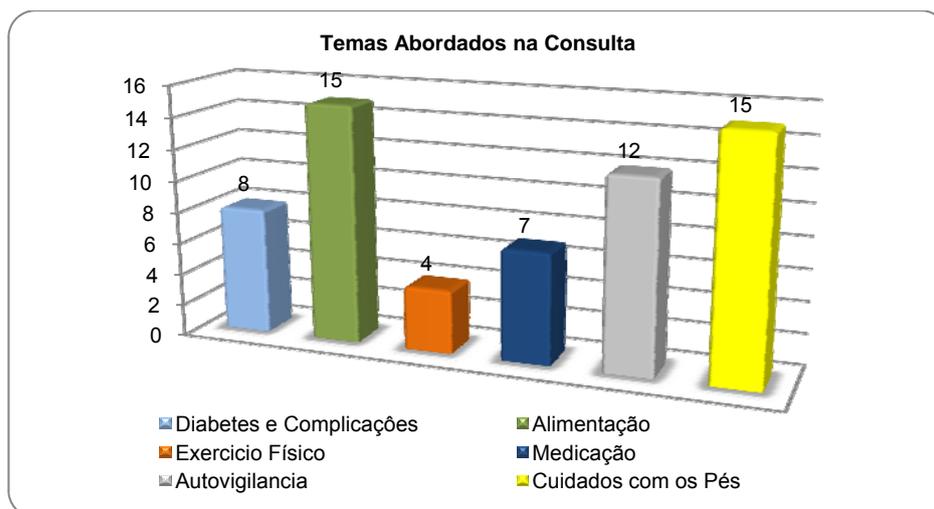


Figura 7: Temas abordados na CED.

*“Para além da educação terapêutica efectuada individualmente na CED, serão realizadas sessões em grupo sobre os temas que melhor se adequem às necessidades e expectativas dos utentes, estas serão marcadas sempre que o grupo o justifique, sendo os utentes convocados directamente pelo enfermeiro da CED”<sup>5</sup>.*

Tendo em conta as características do grupo (descritas no subcapítulo anterior), nomeadamente o risco, o motivo de referência e as necessidades expressas pelo grupo, as sessões foram organizadas sobre os temas, Alimentação e Autocuidado do Pé.

A primeira sessão com o tema “Cuidados aos Pés – “Antes Prevenir que Remediar” (ANEXO X) e a segunda sessão sobre “Alimentação, Actividade Física e Diabetes – Porquê? O Quê? Quanto? Como? Quando?” (ANEXO XI), foram organizadas para a participação de grupos pequenos, de forma a promover a participação de todos e, também por critérios de logística, uma vez que o local disponível para a sua realização não comporta grupos superiores a 8 elementos.

<sup>5</sup> In Consulta de Enfermagem de Diabetes: operacionalização (ANEXO IV)

A estratégia metodológica das sessões foi similar privilegiando a interação, e os métodos activos (Participativo, Demonstrativo), tendo sido participada activamente pelo grupo, onde foi estimulado que partilhassem a sua experiência pessoal.

Os objectivos de ambas as sessões (avaliados oralmente), foram atingidos pelo grupo.

No âmbito da avaliação global das sessões a realizar pelos utentes, foram construídos dois questionários, a fim de estes avaliassem a sessão sobre os cuidados ao pé (ANEXOII) e a sessão sobre alimentação (ANEXO XIII) em relação às expectativas e efectividade, sendo os resultados abordados no subcapítulo seguinte

As actividades desenvolvidas baseadas no diagnóstico de enfermagem foram iniciadas e implementadas pelo enfermeiro, potenciando o exercício profissional autónomo, colaboraram para desenvolver a capacidade de : adequação das intervenções a situações complexas relativamente ao utente, segundo uma perspectiva profissional avançada; zelar para que os cuidados prestados sejam realizados tendo em vista a capacitação em saúde dos utentes, demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

### 3.2.3 – Avaliação

A avaliação deste curto período de intervenção (de 20 de Outubro a 19 de Novembro), permitiu perspectivar a tendência de futuro, nomeadamente em relação aos indicadores de processo.

A adesão à CED foi para este período de 91%, o que supera a meta traçada para o ano 2011, considera-se por isso um bom começo.

Quanto à avaliação da adesão às sessões educativas, a adesão situou-se para “os cuidados aos pés” em 71% e na sessão sobre “alimentação e actividade física” em 67%, o que fica abaixo do esperado, contudo pensa-se replicar e avaliar posteriormente a tendência de adesão.

A consulta de enfermagem enquanto estrutura formal de cuidados tem características externas, como o espaço e o tempo atribuído, que favorecem a relação terapêutica e a visibilidade dos cuidados de enfermagem.

De facto é um espaço privilegiado que permite ao utente tomar consciência de “o que fazem”, e “como fazem” os enfermeiros para além da representação tradicional da enfermagem ligada exclusivamente a actos curativos, como podemos observar no quadro 1<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> A fonte, desta análise, foram os registos de enfermagem, onde se transcreveu sempre que oportuno, em formato de citação, os comentários espontâneos dos utentes, e procedeu-se ao tratamento desses dados com base em BARDIN (1994)

Quadro 1: Perspectiva dos Utentes Sobre os Cuidados de Enfermagem no contexto da CED.

CATEGORIA	Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem: “o que fazem” e “como fazem” os enfermeiros na CED, na perspectiva dos utentes.	
Subcategoria	Indicadores	Unidades de registo
“o que fazem”	“Não sabia que havia este tipo de serviços”	2C-1;15C-1
	“não sabia que as enfermeiras faziam estas coisas”	9C-1
	“tem grande importância e responsabilidade o que me ensina para melhorar o meu estado de saúde”	3C-1
	“tem muito trabalho”	9C-2
“como fazem”	“é muito atenciosa, obrigada”	10C-1,8C-1
	“a senhora enfermeira preocupa-se comigo”	4C-1
	“é tão dedicada, como a minha médica”	2C-2
	“explicou muito bem, agora compreendi”	1C-1

Mediante as actividades desenvolvidas na CED, existe uma valorização do trabalho desenvolvido e, dos aspectos relacionais e comunicacionais por parte do utente, que é bom indicativo do grau de satisfação perante o atendimento, embora este não tenha sido formalmente avaliado.

COSME (2008), vai mais além e infere no seu estudo sobre a *Formatividade dos Cuidados a Utentes Diabéticos* que as componentes relacional (interacção, compreensão, empatia, afectividade) comunicacionais (adequação e simplificação mensagens, expressão verbal e não-verbal) e técnica (procedimentos, saber-fazer), no contexto da CED, representam a base, não só para a satisfação, mas também para a adesão por parte do utente à terapêutica.

Os mecanismos que permitam avaliar os resultados de saúde (Indicadores de resultado) não são possíveis de aplicar neste espaço de tempo

Contudo pode-se analisar, dentro da informação disponível, a efectividade das intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica (Alimentação, Actividade Física e Medicação) e do autocuidado.

A nível da intervenção individual, a 2.ª consulta, efectuada a 6 utentes, permitiu a avaliação do cumprimento do “Contrato com o utente”, assim, dos objectivos estipulados, 3 utentes atingiram os objectivos na totalidade, e os restantes parcialmente, o que, por um lado mostrou a adequação dos objectivos e motivação do utente e por outro, a necessidade de reajustar estratégias.

A nível da intervenção de grupo, nas sessões de EpS, os utentes avaliaram as sessões através de um questionário anónimo. Todos consideraram que, com a sessão, os seus conhecimentos ficaram aumentados, tendo alguns utentes expressado por escrito a sua satisfação pessoal, tendo havido uma sugestão para replicar as sessões.

Mediante a avaliação efectuada pelos utentes, as sessões têm aceitação e contribuem para o aumento dos conhecimentos por isso devem ser replicadas, para abranger o maior número de utentes possível.

**Resumo do Capítulo:** A CED é o espaço de eleição para conhecer, monitorizar e avaliar o estado de saúde dos utentes e intervir (mediante as necessidades levantadas) no âmbito do exercício profissional autónomo.

A fim de implementar a CED, foi necessário desenvolver actividades a nível da adequação do espaço físico, materiais, definir os recursos, a dinâmica de funcionamento em articulação com a equipa de saúde e a criação de instrumentos de registo de apoio à prática de enfermagem, bem como actividades com vista a promover a formação, integração dos profissionais e a qualidade dos cuidados.

A intervenção com os utentes teve por base promover a capacitação em saúde, para isso a abordagem foi realizada tendo em conta os seus hábitos de vida, as suas crenças, respeitando as necessidades e prioridades do utente e ajudando-o a estabelecer objectivos realistas a fim de melhorar o seu estado de saúde.

Foram acompanhados no período do estágio um grupo de 15 utentes, a maioria: situava-se na faixa etária acima dos 65 anos; considerava ter uma actividade de vida moderada a sedentária; tinha um consumo excessivo de hidratos de carbono; com a doença há mais de 5 anos; sofria de dislipidémia, hipertensão e excesso de peso ou obesidade; tendo como principal terapêutica os antidiabéticos orais; cerca de 20% sofria de doença cardiovascular; 20% de nefropatia e 7% de retinopatia.

Foram efectuadas abordagens individuais, tendo por base a educação terapêutica direccionada para as necessidades sentidas pelo utente e para os factores de risco modificáveis (sedentarismo, excesso de peso ou obesidade, hábitos alimentares) com vista à adequação comportamental. Realizada ainda a monitorização e vigilância do estado de saúde donde se destaca a observação do pé e respectiva classificação do risco para ulceração com vista a adopção de medidas preventivas e sistematização da vigilância.

As abordagens em grupo, foram efectuadas num molde de sessão de educação para a saúde. Tendo em conta as características, o risco, e as necessidades expressas pelo grupo, os temas focados foram, sobre Alimentação e Actividade Física e, Cuidados ao Pé.

A taxa de adesão à Consulta de Enfermagem, no período em que decorreu o estágio foi elevada (91%).

O espaço e o tempo atribuído à CED, foram agentes facilitadores da relação entre o utente/família e o enfermeiro, e favoreceram a tomada de consciência do utente para “o que fazem” e “como fazem “os enfermeiros para além dos “actos curativos”.

Existiu uma valorização expressa por parte do utente dos procedimentos realizado pelo enfermeiro, bem como dos aspectos relacionais e comunicacionais no decurso da consulta, representando a CED um contributo para a Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem.

#### **4 - CONCLUSÃO**

Todo o processo de crescimento pessoal e profissional envolvendo a formação, no e para o contexto da prática, segundo ALARCÃO (2001) advém directamente da construção do saber através da experiência.

Neste particular caminho formativo, tomar a liderança do processo, tendo como principal motor de crescimento a reflexão, as interacções entre a teoria - no seu formato académico, o contexto - na riqueza e na sua complexidade única, e o indivíduo em formação - com o seu próprio “stock de recursos”, foi essencial para aquisição de competências.

O percurso pautado pela metodologia do planeamento em saúde, permitiu desenvolver, competências do domínio específico da área da Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Tendo como grupo-alvo os utentes do Centro de Saúde da Alameda com diabetes tipo 2, na fase do diagnóstico, coube contextualizar a unidade de cuidados, a comunidade da área de abrangência, os recursos, o enquadramento epidemiológico e, para um conhecimento mais circunscrito, estabelecer o perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2 do CSA.

Realizou-se um diagnóstico, que representou apenas “um retrato” da amostra não podendo ser generalizável. Na altura, o tempo, os meios e a informação acessível, não permitiram projectar um estudo que pudesse ser generalizável. A opção efectuada constituiu uma limitação para um conhecimento rigoroso da situação, por isso deixa-se como sugestão sempre que possível, a realização de estudos mais abrangentes, o que naturalmente exigirá estratégias na mobilização atempada da equipa e dos responsáveis das organizações onde se operam os estágios.

Nesta fase foram desenvolvidas competências, que permitiram (dentro da informação disponível) avaliar o estado de saúde do grupo, e desta forma validar as opções de intervenção estabelecidas à *priori*, nomeadamente a implementação da Consulta de Enfermagem de Diabetes, a fim de dar resposta às necessidades.

Concretizar os objectivos de saúde, as estratégias e as metas a alcançar foi o passo seguinte.

A definição de objectivos que traduzam o “resultado desejável e tecnicamente exequível” sendo quantificados é um desafio, em especial a quantificação, tem limitações mediante a multiplicidade de factores que influenciam o estado de saúde (muito para além do contributo singular de uma estrutura de cuidados ou serviços) e neste caso concreto a informação disponível, no futuro com o melhor conhecimento da situação, através do melhoramento dos sistemas de informação, será possível traduzir os objectivos de forma quantificável.

Foram estabelecidos 2 objectivos que visam a capacitação dos utentes com diabetes tipo 2 para o autocontrolo da doença com vista a melhorar o controlo glicémico (traduzido nos valores de Hb A1c  $\leq$  a 7.) e o auto-cuidado e vigilância do pé a fim de diminuir o risco de ulceração.

Para operacionalizar os objectivos foi necessário criar uma estrutura de cuidados de enfermagem, que promovesse o acompanhamento de forma sistematizada do grupo alvo, tendo sido delineadas estratégias com vista à implementação, formação e intervenção, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foram ainda estabelecidas metas para as actividades a desenvolver na CED para o primeiro ano de implementação. Aqui o facto do plano de acção da instituição não estar acessível, constituiu um constrangimento, tendo as metas sido estabelecidas só do ponto de vista da estrutura de cuidados de enfermagem e não da Organização.

Com vista a poder avaliar os resultados e consecução das metas foram estabelecidos indicadores de estrutura (taxa de abrangência da CED); de processo (taxa de adesão à CED e o numero de observações do pé) e de resultado a “curto prazo” (taxa de utentes com Hb A1c  $\leq$  a 7, taxa de utentes com ulceração do pé, dos utentes em vigilância na CED).

Nesta fase foram desenvolvidas competências na formulação de objectivos, estratégias e indicadores de avaliação.

Como estrutura nova de cuidados, foi necessário desenvolver actividades a nível da adequação do espaço físico, materiais, definir os recursos, a dinâmica de funcionamento e a criação de instrumentos de registo de apoio à prática de enfermagem, bem como desenvolver actividades com o fim de promover a formação, integração dos profissionais e a qualidade dos cuidados.

Nesta fase o facto do SAPE, não estar operacional, constituiu uma limitação de acesso à informação e articulação dos cuidados, bem como para a visibilidade estatística a nível central (ARS), do contributo da enfermagem (nomeadamente na vigilância do pé). Por isso, assume grande importância para a organização a sua operacionalização num futuro próximo.

A intervenção com os utentes teve por base promover a capacitação em saúde, para isso a abordagem foi realizada tendo em conta os seus hábitos de vida, as suas crenças, respeitando as necessidades e prioridades do utente e ajudando-o a estabelecer objectivos realistas a fim de melhorar o seu estado de saúde.

Foram acompanhados no período do estágio um grupo de 15 utentes, a maioria: situa-se na faixa etária acima dos 65 anos, considera ter uma actividade de vida moderada a sedentária, tem um consumo excessivo de hidratos de carbono, tem a doença há mais de 5 anos, sofre de dislipidemia, hipertensão e excesso de peso ou obesidade, tem como principal terapêutica os antidiabéticos orais, cerca de 20% sofre de doença cardiovascular, 20% sobre de nefropatia e 7% de retinopatia.

A CED foi assim o espaço de eleição para conhecer, monitorizar e avaliar o estado de saúde dos utentes e intervir (mediante as necessidades levantadas) no âmbito do exercício profissional autónomo.

Foram efectuadas abordagens individuais, tendo por base a educação terapêutica direccionada para as necessidades sentidas pelo utente e para os factores de risco modificáveis (sedentarismo, excesso de peso ou obesidade, hábitos alimentares), com vista à adequação comportamental. Realizada ainda a monitorização e vigilância do estado de saúde donde se destaca a observação do pé e respectiva classificação do risco para ulceração efectuada a todos os utentes integrados na consulta.

As abordagens em grupo foram efectuadas num molde de sessão de educação para a saúde. Tendo em conta as características, o risco, e as necessidades expressas pelo grupo, os temas focados foram: Alimentação, Actividade Física e Cuidados ao Pé.

A taxa de adesão à Consulta de Enfermagem, no período em que decorreu o estágio foi de 91%, pelo que se perspectiva no futuro a continuação de uma adesão elevada.

Todo este percurso teve como resultado, do ponto de vista pessoal, o desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem comunitária, conforme estão definidas pela OE (2011), nomeadamente: pelo conhecimento do estado de saúde e capacitação de um grupo-alvo; na operacionalização das estratégias do PNPCD, e no contributo para o conhecimento epidemiológico (nomeadamente com as actividades de rastreio do pé).

### **Perspectivas de Futuro**

Perspectiva-se para o futuro dar continuidade à CED, e contribuir para a dinamização da unidade e da qualidade dos cuidados de enfermagem de forma mais apta, mediante a aquisição de competências especializadas nesta área de especialização.

Assim prevê-se a curto prazo (Primeiro ano de implementação da CED):

Realizar formação na área da diabetes, tendo em vista a actualização e o desenvolvimento de competências, e replicar as acções na Unidade integradas na formação em serviço;

Integrar novos elementos na CED, tendo por base os pressupostos da capacitação em saúde;

Inovar a forma dos cuidados, utilizando novos instrumentos de educação terapêutica como os “Mapas de Conversação”;

Realizar Relatório de Actividades da CED dirigida à Coordenação da Unidade/Direcção Executiva do ACES.

### **Considerações Finais**

O actual quadro de crise financeira que se tem vindo a instalar, contribuiu para os Governos repensarem o sistema de saúde, tendo havido um esforço de redirecção do sistema nos últimos 6 anos, para a Pessoa e os Cuidados de Saúde Primários. Para os enfermeiros,

mediante o seu quadro de competências, esta premissa constitui uma oportunidade de trabalhar com os utentes num modelo centrado na pessoa, particularmente importante na doença crónica, encorajando os indivíduos a tomarem consciência de si como actores principais no controlo e prevenção do seu estado de saúde, nomeadamente na diabetes.

A Consulta de Enfermagem é sem dúvida um “espaço de materialização da autonomia e visibilidade profissional” (SILVA, 2004:129), nomeadamente no contexto, a opção por esta estrutura de cuidados contribuiu para a valorização por parte do utente do papel do enfermeiro, “para além dos actos curativos”.

Em conclusão a intervenção directa com os utentes permitiu um crescimento pessoal e profissional inestimável fruto do valor único da formatividade dos cuidados no contexto da prática, por outro lado mostrou que basta “querer” para trabalhar de uma outra forma, (mediante a autonomia que se goza nesta forma de organização de cuidados) que se traduz “ numa enfermagem mais enfermagem”, e que dá uma enorme satisfação pessoal, poder trabalhar num modelo positivo centrado na pessoa.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, Isabel – Formação Reflexiva. **Revista Referência**. Coimbra. 2001, n.º6 (Maio). ISSN 0874-0283.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - **Guia sobre a Prática Clínica na Diabetes: Recomendações para a prática clínica da American Diabetes Association**. Carnaxide. Bayer.2009. 70 p.
- BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Ed. 70. 1994. ISBN 972-44-0898-1
- BOWERS, Michael - Medindo a qualidade em cuidados de saúde: uma revisão da literatura, antecedentes e consequentes. *In* LOPES, Henrique; [et al.] – **Gestão da doença e qualidade em saúde**. Lousã. CNQ, 2000. ISBN 972-98678-0-1, P. 59-67.
- CANADIAN DIABETES ASSOCIATION Canadian Diabetes Association - Clinical Practice Guidelines. **Canadian Diabetes Journal**. Canadá.2008.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures. Lusociência.2006. 140p.
- CASTILHO, V; GAIDZINSKI, R Planejamento da assistência de enfermagem *in* Kurcgant, P.; et al.; **Administração em Enfermagem**, São Paulo. E.P.U. 1991 p. 207-214.
- CASTILHO, V.; LEITE, M - A administração de recursos materiais na enfermagem *in* Kurcgant, Pauline.; et al.; **Administração em Enfermagem**, São Paulo. E.P.U. 1991 p.73-88.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar ...A Primeira arte da vida**. Loures. Lusociência. 2003. ISBN 972-8383-53-3. 437 p.
- CORREIA DE CAMPOS, António – **Reformas da Saúde: o fio condutor**. Coimbra. Almedina. 2008. ISBN 978-972-40-3604-5. 310 p.
- COSME, Alexandra – A construção das práticas em enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário. [em linha] Lisboa. **Sísifo. Revista de Ciências de Educação**, n.º 5 (Janeiro/Abril 2008) p.33 – 44. [consultado em 2009 – 12 – 23] disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>
- COSTA, Emília Isabel M.T; JURADO, Rosário A. – Interacção em Saúde. **Revista Referência** [em linha]. Coimbra. II.ª Serie n.º 2 (Junho 2006) 43-49 p. [consultado em 2009 – 12- 23] disponível em [hppt://www.esenfc.pt](http://www.esenfc.pt)
- Decreto – Lei n.º 28/2008 – **D.R. 1ª Serie**. N. 38 (2008 – 2 – 22) 1182-1189
- DIRECÇÃO GERAL SAÚDE - Pé Diabético: PNPCD. **Circular Normativa N.º5 de 22/3/2010**.

DIABETES CARE RESEARCH IN EUROPE (DCRE)- **The St. Vicent Declaration**. St. Vicent. 1989.

DIABETES UK, DEPARTMENT of HEATH – **Structured Patient Education in Diabetes**. London. UK. 2005. 69 p.

DIAS, José Manuel – **Formadores: Que Desempenho?** Loures. Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-75-4.197 p.

DINIZ, R - Parceria: Circunscrevendo um Conceito que nos é Próximo?!. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. 2005.n.º3 (Julho, Agosto, Setembro).ISSN 0873-1586.

FIGUEIREDO, Amélia S. – **À conquista de uma identidade: enfermeiros recém formados, entre o Hospital e o Centro de Saúde**. 1.ªed. Lisboa. Climepsi. 2004. ISBN 972-796-152-5. 131p.

FORTIN, Marie - Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3.º ed. Loures. Lusociência. 2003. ISBN 972-8383-10-X. 388 p.

FREIRE, Paulo **A pedagogia do oprimido**. Porto. Afrontamento. 1975. 264p.

FUNNELL, M; ANDERSON, R. M - Empowerment and Self-Management of Diabetes, **Clinical Diabetes**. 2004.3 (22Vol.):123-127p.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures. Lusociência.2001.ISBN. 972-8383-20-7. 220 p.

IMPERATORI, Emílio, GIRARDES, Maria do Rosário. . **Metodologia do Planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**, Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.1993,200 p.

INTERNATIONAL NURSES COUNCIL - **Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Lisboa. O.E 2010 ISBN 978-989-96021-9-9.102 p.

INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA – **Censos 2001- Dados sócio-demográficos por freguesia**. Lisboa. INE

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE- **Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006**. Lisboa. INE. 2009. ISBN 978-972-673-845-8.

KÉROUAC, Suzanne; [et al.] – **El pensamiento enfermero**.Barcelona. Masson. 1996. ISBN 2-7607-0584-6. 167p.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES - **Diabetes Factos e Números, 2009: Relatório anual do OND**. Lisboa. SDP. 2009. 32p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais**, [em linha] Divulgar, Conselho Enfermagem, 2003 [consultado em 2009 – 12 - 1]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60\\_CompeticenciasEnfCG.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompeticenciasEnfCG.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Artigo 83.º Do Direito ao Cuidado in **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros 2003.p.65-69.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional. **Caderno Temático**. Lisboa. O.E. 2009. 46 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar. Lisboa. O.E. 2001.16p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento n.º128/2011:Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária in **Diário da República**, 2.ª Série, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011. 8667-8669 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE. – **Temas de saúde: diabetes**. [em linha], 2009 [consultado em 2009 – 11 – 21] disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Desafios em Tempo de Crise: Relatório de primavera 2010**, Lisboa. OPSS. 2010. 159 P.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, **Programa Nacional de prevenção e controlo da diabetes**. - Lisboa:DGS, 2008. ISBN 978-972-675-180-9, XXIV p.

PORTUGAL *Saúde para todos* in **Programa do XVIII Governo Constitucional** (p.68 – 79). [em linha], 2009 [consultado em 2009 – 12 – 22] Disponível em [http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/Programa\\_GC18.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/Programa_GC18.pdf)

PORTUGAL *Saúde um bem para as pessoas* in **Programa do XVII Governo Constitucional** (p.75 – 81). [em linha], 2005 [consultado em 2009 – 12 – 22] Disponível em <http://www.portugal.gov.pt>

SOCIEDADE PORTUGUESA DIABETOLOGIA, DIRECÇÃO GERAL SAÚDE - **Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal**, [em linha], 2009 [consultado em 2009 – 11 – 21] disponível em <http://www.sdp.pt/images/sdp.ppt>

SILVA, Carlos Alberto – **O labirinto da enfermagem: participação e profissionalismo**. Lisboa. Colibri. 2004.ISBN 972-772-450-7. 179 p.

SOUSA, Maria Rui; PEIXOTO, Maria José; MARTINS, Teresa – Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. [em linha] **Referência**. Coimbra, II Serie, n.º 8 (Dezembro 2008) p. 59-67. [consultado em 2009 – 12- 23] disponível em <http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php>

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA- Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária - **Guia de Estágio**. Lisboa. 2010.8p.



## **ANEXOS**

ANEXO I: Pedido de autorização para realização de estudo

V.  
A Sr. Pa. do Coord. de Saúde,  
- a Sr. Coordenadora do UCSP  
de Alameda para se  
comunicarem. Ou. Rev.º. 26

Exmo. Sr.º Director Executivo do ACES Grande Lisboa III

Dr. José D'Almeida Gonçalves

*M. Almeida*

ACESGL III - LISBOA CENTRAL

Assunto: Autorização para realização de estudo exploratório - descritivo com vista à caracterização sócio demográfica e perfil de saúde dos utentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II do Centro de Saúde da Alameda.

*Autoriza*  
*S*

17/06/05

ACESGL III - LISBOA CENTRAL  
Presidente Honorária Maria da Neves

Maria José Birrento Simões, Enfermeira a exercer funções no Centro de Saúde da Alameda, no contexto da formação pós-graduada de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio, pedir autorização a vossa excelência para efectuar o levantamento da população de diabéticos tipo II já diagnosticados do Centro de Saúde da Alameda, bem como, recorrendo a amostra de conveniência, proceder à aplicação de inquérito para recolha de dados, através da consulta de ficheiros clínicos em articulação com respectivos Médicos de Família.

O estudo tem como objectivos efectuar a caracterização sócio-demográfica e perfil de saúde deste grupo de utentes.

Embora, pela opção metodológica do tipo de amostra, os resultados não possam ser generalizáveis à totalidade da população referida, pretende-se que sejam a base de referência para o planeamento de acções exequíveis e concretizáveis, que contribuam para efectivos ganhos em saúde para o grupo referido, bem como para o estabelecimento de indicadores de avaliação.

A metodologia do trabalho tem em conta os aspectos éticos, garantindo o anonimato das fontes utilizadas para colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos, grata pelo tempo dispensado

*Maria José Birrento Simões*  
(Maria José Birrento Simões)

Com Conhecimento da Coordenadora da UCSP - Centro de Saúde da Alameda Dr. Madalena Mourão e Enf. Ana Paula Almeida.

ACES III - LISBOA CENTRAL	
Referência	803
Data	22/05/05

ANEXO II- Nota metodológica e resultados

# Perfil de Saúde dos Utentes com Diabetes Tipo 2

---

Estudo Descritivo

**Maria José Birrento Simões**

Lisboa, Junho de 2010

## Índice

•	Nota Metodológica.....	3
•	População e Amostra.....	3
•	Justificação do Desenho do Questionário.....	3
•	Aspectos Éticos.....	8
•	Recolha e Tratamento de Dados.....	8
•	Apresentação dos Resultados.....	8
•	Conclusões.....	17
•	Referências Bibliográficas.....	18

O estudo insere-se no diagnóstico de situação para efectivar o planeamento de intervenções de enfermagem ao grupo de utentes do Centro de Saúde da Alameda com diabetes tipo 2.

Parte da questão: qual o perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2 habitualmente seguidos no CSA?

Dentro da realidade concreta do CSA, e especificamente em relação às características da população de diabéticos tipo 2 inscritos no Centro, não existe documentação. Por isso o presente estudo pretendeu explorar as características dessa realidade e descreve-la, socorrendo-se de metodologia quantitativa, realizou-se um estudo de tipo exploratório-descritivo visto que, segundo Fortin (2003) "os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação"( p. 137,138), utilizando como instrumento de colheita de dados um questionário.

### POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é referente aos utentes do CSA inscritos com o diagnóstico de diabetes tipo 2.

Pretendia-se inicialmente uma amostra de 80 utentes com diabetes tipo 2, por amostragem não probabilística, de tipo accidental, (na nomenclatura de Fortin (2003)), estabeleceu-se que dentro da população acessível se recorreria à informação dos 10 primeiros utentes com diabetes tipo 2, através da consulta dos seus ficheiros clínicos, a terem recorrido à consulta médica no início do ano. Distribuíram-se 10 questionários por 8 médicos do Centro, tendo havido um retorno de 79 questionários preenchidos, que passou a ser a nossa amostra.

### JUSTIFICAÇÃO DO DESENHO DO QUESTIONÁRIO

Este instrumento de colheita dados foi construído de forma a poder caracterizar o perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2. Para ser preenchido por médicos,

que seguem normalmente utentes deste grupo específico, através da consulta dos seus ficheiros clínicos, visto constituírem uma fonte de fácil acesso pelos próprios e rica em informação para os objectivos do estudo.

Para além de se basear na literatura, teve como opção estratégica, procurar espelhar os dados possíveis de recolha mediante a consulta de ficheiro clínico, por outro lado garantir uma maior adesão ao preenchimento, não sendo demasiado exaustivo, tendo para isso consultado e auscultado a opinião de médicos mais envolvidos no seguimento de utentes diabéticos, o que, pelas sugestões que deram, representou uma mais-valia no processo de construção, não se tendo efectivado em rigor o pré - teste, optado - se, mediante os constrangimentos do contexto, pela consulta de "peritos" para validar o instrumento.

O questionário é composto por 21 questões fechadas, com dois itens em aberto para recolha de dados métricos (questão 5 e 6).

A opção pelas questões fechadas prende-se com o tipo de estudo de cariz quantitativo, de forma a poder descrever o fenómeno recorrendo à análise estatística, e através da mensuração desta realidade, poder estabelecer metas, adequar intervenções de enfermagem e avaliar resultados no futuro, que contribuam para a melhoria do seu estado de saúde, foram utilizadas nos itens referentes à escolaridade, exercício físico e retinopatia a opção sem registo, colocados após avaliação com os médicos envolvidos, por poder não haver nos registos, dados consistentes nestes pontos.

Dividido em 4 partes, a primeira com quatro questões mede variáveis **sócio-demográficas**:

O **género**, apresenta diferenças estatisticamente relevantes entre homens e mulheres, segundo o estudo PREVADIAB (2009) citado pelo Observatório da Diabetes (2009), em Portugal a prevalência da Diabetes nos Homens situa-se em 14,2% enquanto nas mulheres é de 9,5%, (pela opção metodológica da amostra ser não probabilística e acidental, não se previu a inclusão por quotas, e naturalmente

poderá haver enviesamento de resultado, para além de serem as mulheres as maiores consumidoras de serviços e lembrando que a fonte s" fruto "dessa procura).

A **idade** - no estudo atrás citado verificou-se uma correlação directa entre o aumento da prevalência e o envelhecimento, com significado a partir dos 45 anos.

A opção por intervalos de idade de 5 em 5 anos (após os 44 anos e até aos 75), prende-se com o facto de serem estes os intervalos na estatística por faixas etárias do Centro, do INE, etc., facilitando a discussão de resultados.

A **escolaridade** - existem alguns estudos que correlacionam a escolaridade com factores relacionados com auto cuidado, nomeadamente o estudo de Brooks

(2002) citado por Silva & Pais - Ribeiro & Cardoso(2006)

Também do ponto de vista do planeamento, nomeadamente para implementação de medidas preventivas a este grupo específico na área de educação para a saúde, será um dado importante a ter em conta.

A **situação profissional** - também relacionada por Silva & Pais - Ribeiro & Cardoso (2006) com factores de adesão ao autocuidado é um factor a ter em conta no planeamento para garantir a acessibilidade.

Nos determinantes da saúde, baseadas no **estilo de vida** focou-se:

Os **hábitos alcoólicos** - embora existam estudos referidos por Laakso (2008) que apontam a abstinência alcoólica como factor de risco e o consumo moderado como efeito protector em relação à diabetes tipo2, o mesmo não se verifica com consumos mais elevados, a **medição de consumo** em gr. etanol/dia tem por referência para leitura dos dados - como consumo moderado as 24gr para o homem e 16gr para as mulheres (Centro Regional Alcoologia do Sul, 2010).

Os **hábitos tabágicos** referidos pelo mesmo autor representam um factor de risco, aumentando o risco para a diabetes em39% para consumos superiores a 14

cigarros/dia a **medição do consumo** faz-se por Unidades Maço/Ano havendo um risco aumentado considerável a partir dos 10UMA (Médicos de Portugal, 2007).

O **exercício físico** - é um factor protector no aparecimento e controlo da doença visto que o sedentarismo" é um factor de risco major para o desenvolvimento de diabetes tipo 2"(Laakso,2008:8).

Neste campo, embora altamente relacionado, foi excluída o tipo de dieta, tendo em conta a capacidade da fonte de informação, de dar respostas concretas, ficando esta contida mais á frente em medidas não farmacológicas (mais adequada à fonte).

As variáveis do **estado de saúde**, têm como indicadores:

O **ano de diagnóstico da doença** - por poder ser, em parte preditivo do aparecimento de complicações, havendo estudos que relacionam a adesão terapêutica ao tempo de conhecimento da doença em que se estabelece um padrão de adesão nos primeiros 2-4 anos (Jacobson&etal.1990 citado por Silva&Pais - Ribeiro&Cardoso 2006).

A **terapêutica** - para conhecer as medidas terapêuticas mais adoptadas.

O **peso corporal** - sendo a obesidade e excesso de peso amplamente conhecidas como factor de risco, é um indicado incontornável para estabelecer o perfil de saúde da amostra.

A **dislipidémia e hipertensão** - como factores de risco para o aparecimento da diabetes, complicações da doença e risco acrescido para o aparecimento de doença cardiovascular;

A presença de **doença cardiovascular** - visto representar uma complicação macrovascular da doença que pode ter como consequências EAM, AVC e doença vascular periférica, sendo a causa mais importante de morte em doentes com diabetes tipo2 e o risco começa precocemente, mesmo antes do diagnóstico no estágio de alteração da tolerância à glicose (Cooppan, 2008);

A presença de **retinopatia, nefropatia e neuropatia** para caracterização do grupo em relação a complicações da doença a nível microvascular, que têm como consequências mais graves: a cegueira, insuficiência renal terminal e amputação dos membros inferiores.

O **pé diabético** como complicações que advêm da doença microvascular, nomeadamente a neuropatia

A caracterização de **alterações do pé** visa estabelecer o risco que afecta o grupo, nomeadamente o risco de amputação enquadrada nos objectivos do ACES

Nas variáveis de controlo da doença:

A **auto-vigilância** é uma medida que para ser optimizada pressupõe a capacitação dos indivíduos para identificar (hipoglicémia, hiperglicémia) interpretar e actuar de forma a levar a autocuidado e controlo glicémico da doença, contudo os dados obtidos podem ser usados pelos profissionais para avaliar e ajustar o programa terapêutico - medicação, alimentação, exercício físico (Cooppan, 2008), e estabelecer prioridades de intervenção educativa.

A **avaliação de hemoglobina glicosada (HbA<sub>1c</sub>)** de acordo com a AAD referido por Cooppan (2008) deve ser efectuado a todos os doentes diabéticos como forma de avaliação do controlo glicémico, visto que o valor reporta-se à média de glicemias nos 3 meses anteriores.

O valor situado abaixo de 6,5% são sinónimo de bom controlo glicémico representativa do valor recomendado pela Federação Internacional de Diabetes referido por Duarte & et al. (2007), valores acima e até 8 reflectem um controlo insuficiente, com valores médios de glicemia a rondar entre 150 - 180, acima de 8 é considerada descompensação metabólica, e é um dos critérios para ter seguimento na APDP, situação que obviamente piora quanto mais alto for o valor, aumentando o risco de aparecimento de complicações.

## ASPECTOS ÉTICOS

Foi garantida o anonimato das fontes e respostas, através da codificação dos questionários, o tamanho da amostra é adequado na perspectiva de não facilitar a identificação, bem como o pedido de autorização ao Director Executivo do ACES.

## RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS

Passado o tempo estipulado para o preenchimento e entrega dos questionários procedemos à sua recolha (2.º semana de Junho)

Para o tratamento dos dados procedeu-se ao tratamento estatístico descritivo, com recurso ao programa EXCEL, tendo com medidas estatísticas escolhidas: frequências e percentagens (dados nominais e ordinais) e a média (dados métricos).

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

#### **Género**

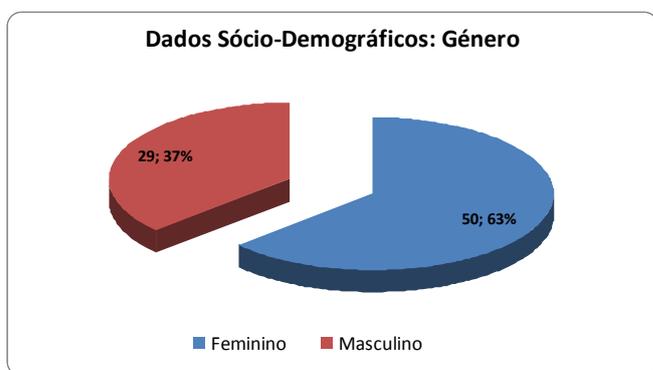


Fig. 1 - Dados Sócio - Demográficos: Género

Da amostra, a maioria dos indivíduos são do género feminino (63%), este facto não encontra concordância no estudo mais recente sobre diabetes no nosso País, que aponta para diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, havendo maior prevalência dos primeiros (PREVADIAB, 2009), os nossos resultados estão directamente correlacionados com as opções metodológicas que

fazemos referência no capítulo do desenho do questionário, lembrando que as mulheres são maiores consumidoras de serviços de saúde e a fonte (ficheiros clínicos) reflectir essa procura

### Idade (Faixas Etárias)

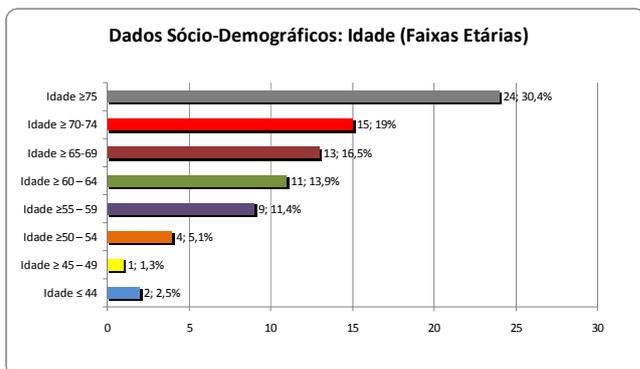


Fig. 2 - Dados Sócio - Demográficos: Idade (Faixas Etárias)

Os dados são compatíveis com os estudos e literatura que atribuem um aumento de prevalência a partir dos 45 anos com aumento progressivo com o envelhecimento

Note-se que na nossa amostra o aumento da prevalência após os 65 anos, com maior percentagem na faixa maior ou igual a 75 anos com uma percentagem de 30% em relação ao total da amostra.

### Escolaridade

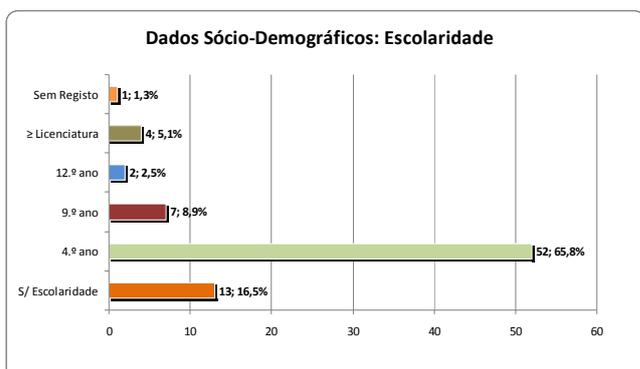


Fig. 3 - Dados Sócio - Demográficos: Escolaridade

A maioria dos indivíduos tem o 4.º ano de escolaridade (65,8%), sendo de salientar que 16,5% da amostra não tem qualquer nível de escolaridade.

A escolaridade aparece relacionada com a adesão à dieta no estudo de Brooks (2002) citado por Silva & Ribeiro & Cardoso (2006), contudo Silva & Ribeiro & Cardoso não verificaram no seu estudo, correlação estatisticamente significativa entre auto-cuidado e escolaridade.

### Situação Profissional

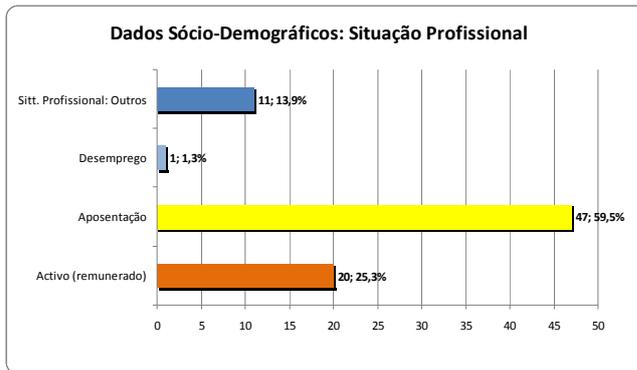


Fig. 4 - Dados Sócio - Demográficos: Situação Profissional

A maioria dos indivíduos está aposentada (59,5%) e em situação de trabalho no activo estão cerca de 25,3%.

### Hábitos Tabágicos e Alcoólicos

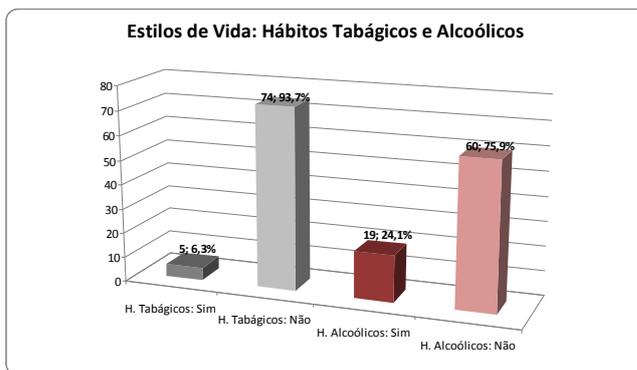


Fig. 5 - Estilos de Vida: Hábitos Tabágicos e Alcoólicos

Apenas 6,3% da amostra estudada fuma, os hábitos alcoólicos apresentam valores mais elevados abrangendo 24,1% dos indivíduos.

## Consumos Tabágicos e Alcoólicos

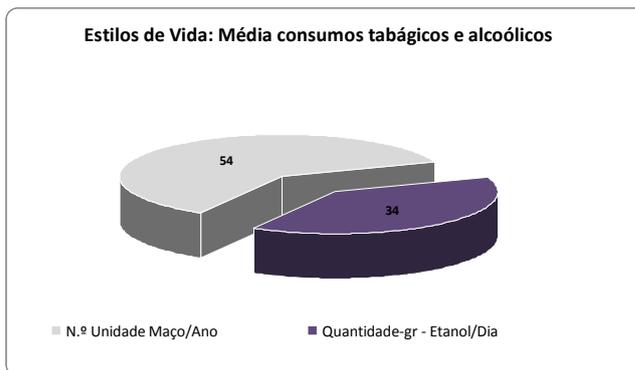


Fig. 6 - Estilos de Vida: Média de Consumos Tabágicos e Alcoólicos.

Apesar de haver uma pequena percentagem de indivíduos com hábitos tabágicos, os consumos médios, cerca de 54 maços ano, é muito elevado, Laakso

(2008) refere o estudo de *Nurses' health Study* de Hu & et al. (2001) que para consumos tabágicos superiores a 14 cigarros/dia nas mulheres aumentava o risco da diabetes em 39%.

Os hábitos alcoólicos, com base dos consumos médios estão acima do aconselhado quer para homens (24g. /dia) quer para mulheres (16g/dia) estando a considerar os valores considerados adequados para indivíduos saudáveis, curiosamente no estudo atrás citado vem referido que o consumo de mais de 10g/dia de etanol reduz o risco em 41%, mas as implicações de um consumo exagerado tem implicações directas no controlo glicémico que não se pode desprezar (hiperglicémias, e inibição da libertação de glicogénio por parte do fígado para corrigir hipoglicémias.

## Actividade Física

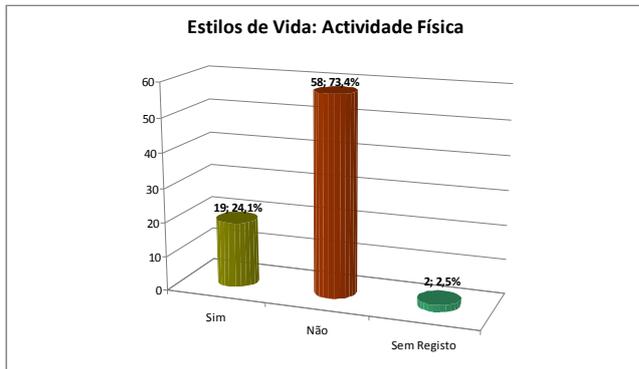


Fig 7 - Estilos de vida: Actividade Física

Como se verifica na figura, a maioria dos indivíduos (73,4%) não pratica exercício físico, a inactividade física tem sido identificada como um factor de risco importante para o desenvolvimento da diabetes (Schuler&Linke, 2008)

## Diagnóstico da Doença

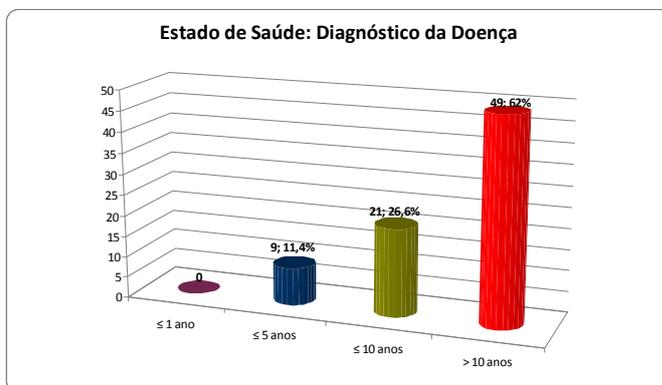


Fig. 8 - Estado de Saúde: Ano Diagnóstico da Doença

A maioria tem a doença diagnosticada à mais de 10 anos (62%), 26,6% à 10 anos ou menos e apenas 11,4% à 5 anos ou menos, não existindo na amostra diagnósticos recentes.

## Terapêutica

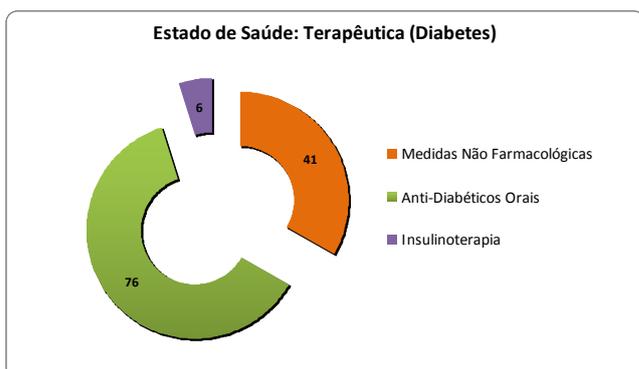


Fig. 9 – Estado de Saúde: Terapêutica (Diabetes).

O tratamento é maioritariamente efectuado com a toma de diabéticos orais seguida das medidas não farmacológicas (dieta), com uma pequena expressão do tratamento por insulinoterapia, o número total das opções perfaz a amostra o que indica algum uso combinado destas medidas terapêuticas.

Os resultados são proporcionais aos dados apurados pelo estudo de prevalência da diabetes e suas complicações efectuado por Médicos Sentinela(2006) referido por Observatório da Diabetes(2009).

## Peso Corporal

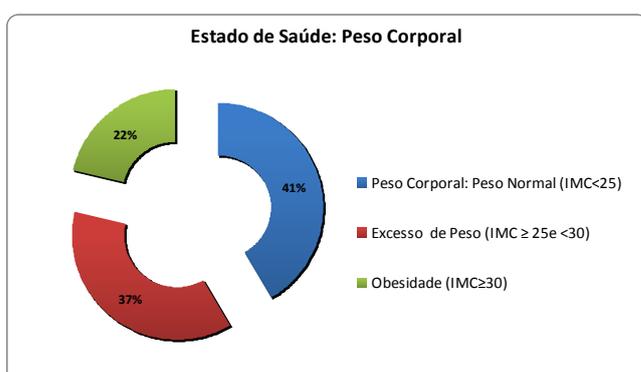


Fig. 10 - Estado de Saúde: Peso Corporal

Da amostra 41% apresenta um índice de massa corporal com peso adequado, com excesso de peso 37% e obesidade 22%, a obesidade ou excesso de peso fazem parte dos factores de risco modificáveis para a diabetes, a redução de peso tem expressão no controlo glicémico, visto que diminui a insulino - resistência.

## Doença Cardiovascular

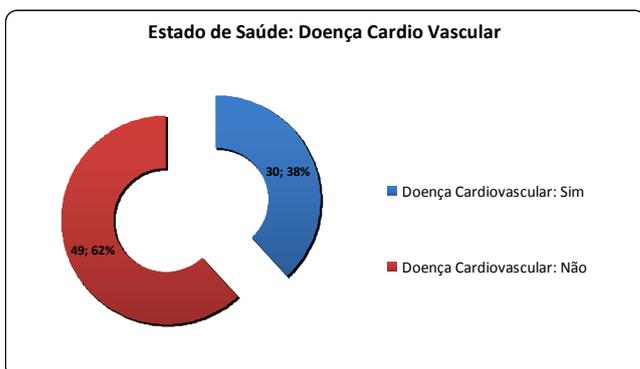


Fig. 11 - Estado de Saúde: Doença Cardiovascular.

Uma importante percentagem da amostra tem doença cardiovascular diagnosticada (38%), a doença cardiovascular representa factor de risco (não modificável da doença) e consequência, visto inserir-se nas complicações macrovasculares da doença, sendo a principal causa de mortalidade na diabetes.

## Dislipidémia e hipertensão

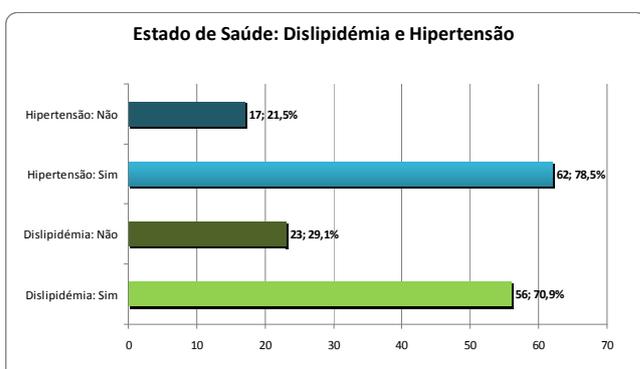


Fig. 12 - Estado de Saúde: Dislipidémia e Hipertensão

A maioria dos indivíduos da amostra sofre de dislipidémia (70,9%) e hipertensão (78,5%), representando importantes factores de risco não modificáveis da doença.

## Retinopatia, Nefropatia, Neuropatia

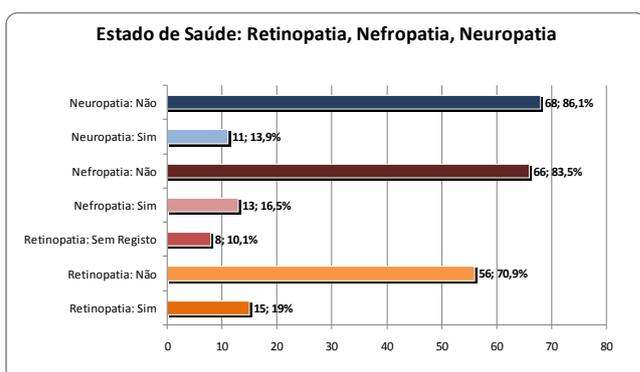


Fig. 13 - Estado de Saúde: retinopatia, nefropatia, neuropatia

Da amostra estudada, as percentagens destas complicações microvasculares diagnosticadas são para a retinopatia de 19%, para a nefropatia 16,5% e neuropatia cerca de 14%.

No estudo já anteriormente referido dos Médicos Sentinela (2006) situa a prevalência da retinopatia para a população com mais de 25 anos com Diabetes tipo 2 em 11,4%, dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2008), apura em 25% o número de diabéticos em hemodiálise.

## Pé Diabético

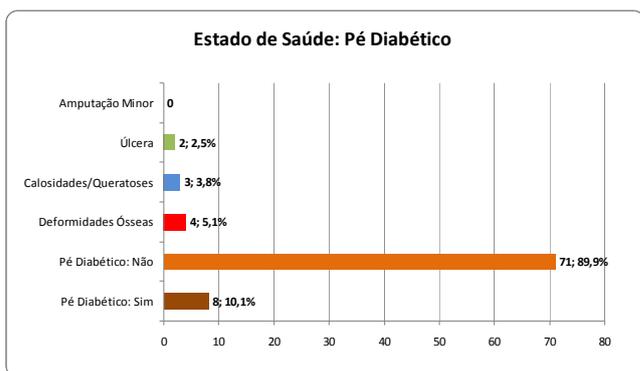


Fig. 14 - Estado de Saúde. Pé Diabético

Os indivíduos com pé diabético diagnosticado representam cerca de 10% da amostra em estudo, dos quais 5,1% apresentam deformidades ósseas, 3,8% queratoses/calosidades e 2,5% ulcera do pé.

Dados fornecidos pelo Observatório da Diabetes, apontam para o ano de 2008 1944 internamentos por pé diabético, e cerca de 1599 de amputações dos membros inferiores por motivo da diabetes.

### Autovigilância

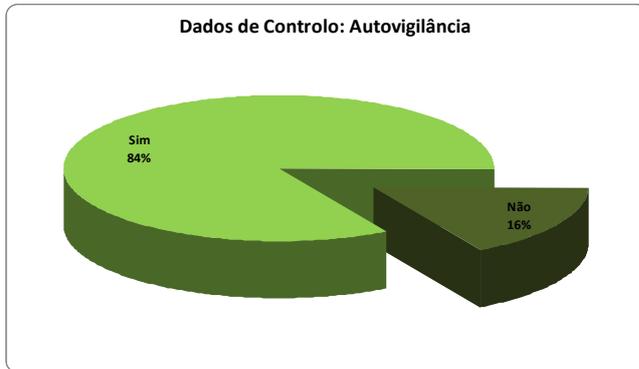


Fig. 15 - Dados de Controlo: Autovigilância

Cerca de 84% realiza autovigilância das glicemias e 16% não a realiza.

### Hb A1C

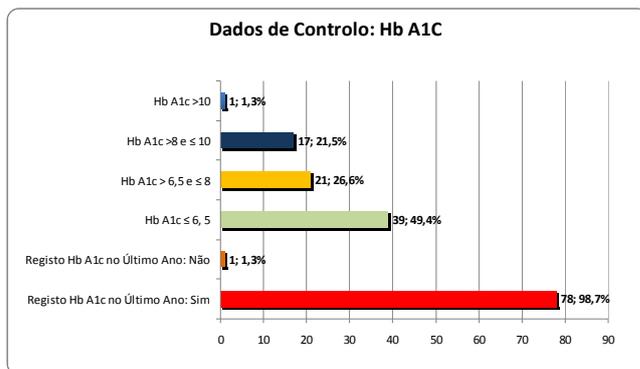


Fig. 16 - Dados de Controlo: Hb A1C

Praticamente todos os indivíduos da amostra realizaram o controlo analítico (98,7%), tendo como resultados de Hb A1C abaixo ou igual a 6,5 cerca de 49,4% da amostra, o que vai ao encontro do que é desejável e recomendável para doentes

diabéticos, contudo cerca de 26,6% têm valores mais elevados acima de 6,5 e menor que 8, 21,5% maior que 8 até 10 e 1,3% acima de 10.

Todos os valores acima de 7 são recomendados, o ajuste das medidas terapêuticas de forma a manter os valores glicémicos em valores mais controlados de forma a controlar e prevenir as complicações da doença.

Note-se ainda que valores acima de 8, considerados como franca descompensação metabólica, fazem parte dos critérios para que estes doentes sejam seguidos em Centro de Referência como a APDP.

### CONCLUSÕES

O presente estudo, embora como foi referido, por opção metodológica os resultados não possa ser generalizáveis a todos os utentes com diabetes inscritos no Centro, permite-nos contextualizar a problemática nas opções de intervenção no âmbito da saúde.

Assim como principais conclusões, a população da amostra é: maioritariamente de género feminino; a maioria situa-se na faixa etária acima dos 75 anos; têm 4 anos de escolaridade; em situação de aposentação, a maioria não fuma nem ingere bebidas alcoólicas, mas os consumos médios de quem mantém esses hábitos está acima da média; a maioria não faz exercício físico; tem a doença à mais de 10 anos, tem como terapêutica principal os anti - diabéticos orais; a maioria tem excesso de peso ou obesidade; 1/3 sofre de doença cardiovascular; a maioria tem dislipidemia e é hipertenso; das complicações microvasculares da doença a retinopatia têm mais peso, seguida da nefropatia e posteriormente a neuropatia; do pé diabético diagnosticados, as deformidades ósseas apresentam-se como principal consequência; a maioria realiza a autovigilância, e os valores de Hb A1C cerca de metade tem valores capazes de ser otimizados ou necessitam de intervenção a fim de melhorar o controlo glicémico e aparecimento de complicações.

Assim mediante os resultados do estudo e o peso que determinados factores têm no estado de saúde e qualidade de vida dos doentes, emergem como objectivos:

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro Regional de Alcoologia do Sul (2010). Conceitos e Termos [em linha] Consultado em 25 - 05 - 2010, Disponível em [WWW.cras.min-saúde.pt](http://WWW.cras.min-saúde.pt)

Cooppan (2008). Bases e objectivos do Controlo da Glicose na Diabetes Mellitus e da Monitorização da Glicemia, in Goldstein, B.J.& Wieland, D.M.: *Diabetes tipo 2 Princípios e Prática*. 2.ºed. Algés. Euromédice: edições médicas. P.27-43.

Duarte & et al. (2007). Recomendações da SPD para o tratamento da Hiperglicémia e Factores de Risco na Diabetes tipo 2. Lisboa *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2(4) Suppl: 5-18.

Fortin, M.F. (2003) - *O processo de investigação: da Concepção à realização*. 3.ºed.Loures. Lusociência.

Laakso (2008) Epidemiologia da Diabetes tipo 2 in Goldstein, B.J.& Wieland, D.M.: *Diabetes tipo 2 Princípios e Prática*. 2.ºed. Algés. Euromédice: edições médicas.

Médicos de Portugal (2007)- *Tabaco: porque vale a pena deixar de fumar*[em linha] Consultado em 25 -05-2010, Disponível em <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt>

Observatório Nacional da Diabetes (2009). Diabetes: factos e Números 2009. Relatório Anual. Lisboa. DGS-SPD.

Schuler & Linke (2008) Diabetes e exercício. Goldstein, B.J.& Wieland, D.M.: *Diabetes tipo 2 Princípios e Prática*. 2.ºed. Algés. Euromédice: edições médicas. P.73-82.

Silva & Ribeiro & Cardoso (2006). Adesão ao tratamento da diabetes *Mellitus*: A importância das características demográficas e clínicas. Coimbra. *Referência*. II.ª Série (2). P.33-41.

ANEXO III – Questionário



## QUESTIONÁRIO

No contexto da formação pós-graduada de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, pretendo realizar um estudo sobre o perfil de saúde dos utentes com Diabetes tipo 2, que sirva como base de referência para o planeamento de intervenções de enfermagem que, em articulação com a Equipa Médica, contribuam de forma efectiva com ganhos em saúde para este grupo específico.

Para isso peço-lhe a colaboração no preenchimento deste questionário com recurso à consulta dos seus ficheiros clínicos, pela importante fonte de dados que representa.

Em todo o processo será mantido o anonimato e confidencialidade quer das respostas, quer das fontes.

É muito importante a entrega do questionário preenchido até 4 de Junho de 2010, de forma a proceder o mais brevemente possível ao tratamento estatístico dos dados.

Agradeço desde já a sua colaboração, encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento, através do n.º 962727556.

Maria José Simões

25/05/2010

### DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

- 1 - Género : Feminino  Masculino
- 2 - Idades :  $\leq 44$    $\geq 45 - 49$    $\geq 50 - 54$    $\geq 55 - 59$    $\geq 60 - 64$    $\geq 65-69$    $\geq 70-74$    $\geq 75$
- 3 – Escolaridade: S/ Escolaridade  4.º ano  9.º ano  12.º ano   $\geq$  Licenciatura  Sem Registo
- 4– Situação Profissional: Activo (remunerado)  Aposentação  Desemprego  Outros

### ESTILOS DE VIDA

- 5 - Hábitos Tabágicos: Sim  Não  (Se Sim) N.º ..... Unidade Maço/Ano(UMA)
- 6 – Hábitos Alcoólicos: Sim  Não  (Se Sim) Quantidade..... gr - Etanol/Dia
- 7 – Actividade Física (ginástica/natação/marcha regular): Sim  Não  Sem Registo

### ESTADO DE SAÚDE

- 8 - Ano Diagnóstico da Doença:  $\leq 1$  ano   $\leq 5$  anos   $\leq 10$  anos   $> 10$  anos
- 9 – Terapêutica (diabetes): Medidas Não Farmacológicas  Anti-Diabéticos-Orais   
Insulinoterapia
- 10 - Peso Corporal: Peso Normal(IMC<25)  Excesso de Peso(IMC  $\geq 25$  e <30)  Obesidade(IMC $\geq 30$ )
- 11 – Dislipidemia: Sim  Não
- 12- Hipertensão: Sim  Não
- 13- Doença Cardiovascular (Dça Coronária/AVC/Dça Vascular Periférica): Sim  Não
- 14 – Retinopatia: Sim  Não  Sem Registo
- 15 – Nefropatia: Sim  Não
- 16– Neuropatia: Sim  Não
- 17– Pé Diabético: Sim  Não  ( Se Sim , responda por favor à questão 17.A)
17. A – Deformidades Ósseas  Calosidades/Queratoses  Úlceras  Amputação *Minor*

DADOS DE CONTROLO

18 - Auto vigilância: Sim  Não

19 – Registo de Hb A1c no Último Ano: Sim  Não  (Se Sim, responda por favor à questão 19.A)

19.A – Valor Hb A1c:  $\leq 6,5$    $> 6,5$  e  $\leq 8$    $>8$  e  $\leq 10$    $>10$

Muito Obrigada.

ANEXO IV – Consulta de Enfermagem de Diabetes: operacionalização

UCSP- Centro de Saúde da Alameda

# Consulta de Enfermagem de Diabetes

Operacionalização de Actividades

Maria José Birrento Simões  
Lisboa, Outubro de 2010

**Justificação:** No CSA, sempre houve procura por parte dos utentes de cuidados de enfermagem na área da diabetes, nomeadamente para tratamentos curativos, de controlo ou por necessidade de ensinamentos na área da auto-vigilância.

Estas actividades eram efectuadas sem haver uma estrutura organizada que permitisse acompanhar e sistematizar a informação e os cuidados, para uma intervenção mais efectiva.

No âmbito do atendimento de doentes com diabetes, a Consulta de Enfermagem vem dar resposta a esta lacuna e dentro do seu âmbito de competências, visa a prevenção de complicações e controlo da diabetes, em articulação com a equipa médica, visto que "a organização da prática de enfermagem, entre outras, não é aceitável se for concebida isoladamente do conjunto mais vasto e mais complexo que é a organização da prática dos cuidados que, por sua vez, se baseia numa abordagem decididamente multiprofissional" (Hesbeen, 2001:118).

Referenciando alguns estudos, a intervenção dos enfermeiros na CED assenta para Cosme (2008) nas componentes relacional (interacção, compreensão, empatia, afectividade) comunicacional (adequação e simplificação mensagens, expressão verbal e não-verbal) e técnica (procedimentos, saber-fazer), representando a base para a satisfação e adesão por parte do utente à terapêutica.

O uso de planos de cuidados de enfermagem adaptados à pessoa, com identificação de áreas de dificuldade de adesão comportamental, contribui para que sejam ultrapassadas e haja efectivos ganhos em saúde (Sousa, Peixoto & Martins; 2008).

**Objectivos:** com base nas componentes, relacional, comunicacional e técnica e indo ao encontro das necessidades, prioridades e dificuldades do utente, a CED tem como objectivos:

- Identificar as necessidades de aprendizagem;
- Colaborar na vigilância e acompanhamento do estado de saúde;
- Promover a auto-vigilância da glicemia;
- Transmitir conhecimentos que capacitem o utente a gerir a sua doença;
- Promover a adesão terapêutica;
- Realizar a avaliação do pé de forma sistematizada e regular;
- Educar para o autocuidado do pé;
- Promover estilos de vida saudáveis.

**Destinatários:** utentes inscritos na UCSP da Alameda com diabetes tipo 2.

**Acesso:** Referenciação do Médico de Família.

**Local:** Gabinete 3 - Piso 1

**Horário:** Das 8 às 13.30 horas

**Dias da Semana:** 2.º, 4.º e 6.º

**Responsável pela Implementação:** Maria José

**Operacionalização:**

O acesso faz-se por referenciação do médico de família em suporte escrito com - nome do utente, idade, data de diagnóstico da doença e motivo da referenciação (entregue pelo utente na sala de tratamentos para marcação), ou directamente por contacto telefónico do médico de família para o gabinete da consulta ou para a sala de tratamentos.

Marcação: A marcação é efectuada por um enfermeiro ligado à CED ou Sala de Tratamentos em pasta própria, que fica acessível no gabinete 3. O dia e a hora serão ajustados tendo em conta a preferência do utente e a disponibilidade de tempo da CED, tentando sempre que possível marcar para dia e hora compatível com a consulta médica.

Será pedido ao utente que na primeira consulta traga a medicação que faz habitualmente e as últimas análises, bem como é informado que fará um exame aos pés.

Consulta 1.º Vez: No primeiro atendimento o enfermeiro recolhe informações através de entrevista guiada pela ficha de colheita de dados, realiza o exame físico com observação do pé e classifica o risco em consonância com as orientações da circular normativa N.º 5/PNPCD de 22/3/2010, registando a observação objectiva do pé em ficha própria criada para o efeito.

Estipula com o utente quais os objectivos a atingir até à próxima consulta, e esboça um plano de cuidados mediante as necessidades e problemas levantados.

Consulta de 2.º Vez: Dá seguimento ao plano e ajusta às necessidades, completa informação, monitoriza o estado de saúde, registando em folha própria.

Sessões Educativas : Para além da educação terapêutica efectuada individualmente na CED, serão realizadas sessões em grupo sobre os temas que melhor se adequem às necessidades e expectativas dos utentes, estas serão marcadas sempre que o grupo o justifique, sendo os utentes convocados directamente pelo enfermeiro da CED.

O local será no gabinete 2 no piso 1, sendo a organização física da sala adequada às necessidades.

Articulação: Não havendo ainda disponibilidade para utilizar o SAPE, a articulação com o médico é feita em suporte de papel, no caso da observação objectiva do pé é enviada a cópia da ficha de registo pelo utente, para o médico (a entregar na próxima consulta), no caso de alterações que classifiquem o pé em alto risco é comunicado directamente pelo enfermeiro, bem como qualquer outra situação que o justifique.

Monitorização de Actividades: O registo dos utentes referenciados, bem como os contactos efectuados, os utentes inseridos na CED, e o n.º de actividades desenvolvidas são registados em folhas próprias e em EXCEL no ficheiro criado para o efeito.

Todos os instrumentos de registo de enfermagem têm orientações/instruções de preenchimento em capítulo à parte.

## **Bibliografia:**

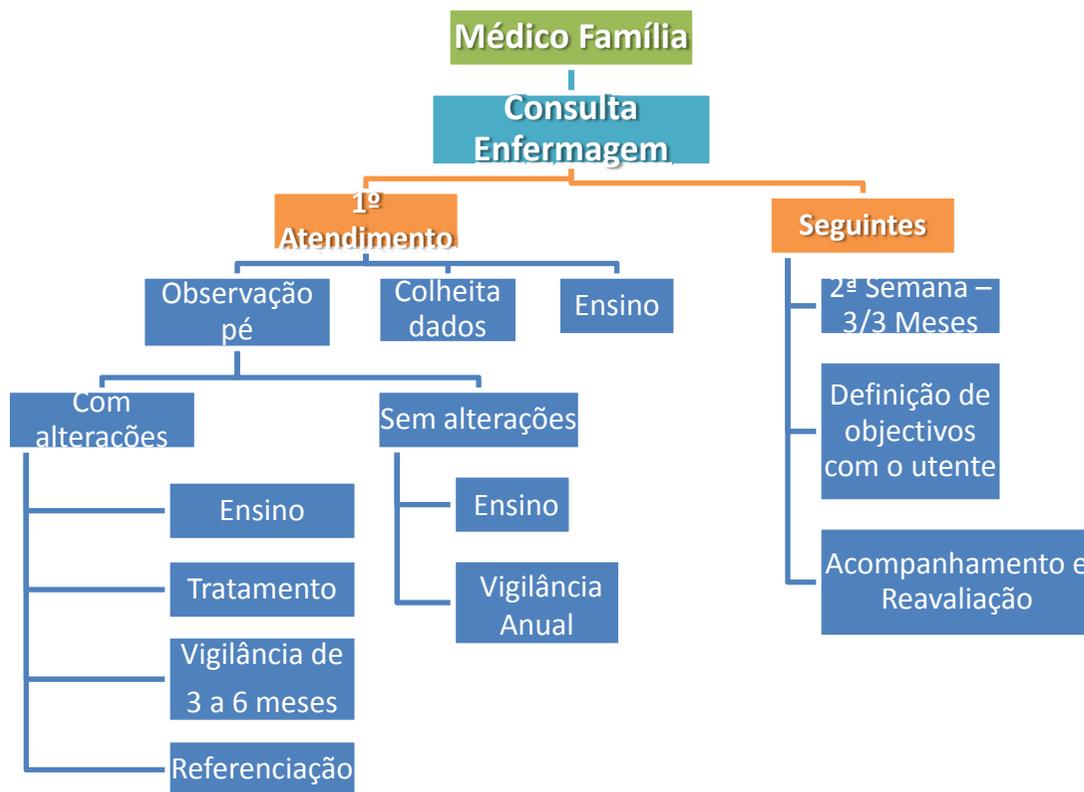
Cosme, A.(2008) - A construção das práticas em enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário. [em linha] Lisboa. *Sísifo. Revista de Ciências de Educação*, (5) p.33 - 44. [consultado em 2009 - 12 - 23] disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt>

DGS (2010) - Pé Diabético: Programa Nacional de prevenção e Controlo da Diabetes. Circular Normativa N.º 05/PNPCD de 22/3/2010.

Hesbeen, w. (2001) A organização da prática da enfermagem *In, Qualidade Em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*, Loures, Lusociência, p.115-150.

Sousa, M. ; Peixoto, M., Martins, T. (2008) - Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. [em linha] *Referência*. Coimbra, II (8) p. 59-67. [consultado em 2009 - 12- 23] disponível em [hppt://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php](http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php)

## ORGANOGRAMA- CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES



ANEXO V – Instrumentos de registo e apoio à prática de Enfermagem

UCSP- Centro de Saúde da Alameda

# Instrumentos de Registo de Apoio à Prática de Enfermagem na CED

Modelos e Orientações de Preenchimento

Maria José Birrento Simões  
Lisboa, Outubro de 2010

## Índice

- INTRODUÇÃO.....2
- MONITORIZAÇÃO DE ACTIVIDADES.....3
- COLHEITA DE DADOS.....5
- AVALIAÇÃO DO PÉ.....9
- ANEXO I: Folhas de Registo para monitorização de actividades.....10
- ANEXO II: Folha de registo de Colheita de Dados .....20
- ANEXO III: Folha de registo de seguimento.....26
- ANEXOIV: Folha de registo da avaliação do pé.....30

## INTRODUÇÃO

Os registos de enfermagem, quer sejam processos de enfermagem, manuais, planos de cuidados, diagnósticos de enfermagem, relatórios de cuidados ou protocolos, são para Hesbeen (2001)<sup>1</sup> a prova da capacidade de reflexão e sistematização da operatividade dos cuidados, devendo no entanto serem suficientemente flexíveis para comportarem as necessidades, expectativas e valores do utente.

Os instrumentos que apresentamos dão "suporte" à consulta de enfermagem de diabetes, dando apoio à intervenção directa com os utentes e à organização e monitorização de actividades.

Para a organização e monitorização foram criados quadros que facilitam a visão do todo, bem como do trabalho desenvolvido desde a referenciação ao atendimento do utente.

Os instrumentos de apoio às intervenções de enfermagem com o utente, têm características mistas, com questões abertas e fechadas ou de classificação, dependendo esta última da avaliação do enfermeiro, pretende servir de guia para a entrevista com o utente no contexto da consulta, de forma estruturar a história do utente, realizar o exame físico, com o objectivo de estabelecer um perfil do utente que seja o ponto de partida para, " com o utente", traçar objectivos realistas que contribuam para a melhoria do seu estado de saúde e prevenção de complicações ligadas à diabetes.

Por último queremos salientar que os instrumentos que apresentamos pretendem ser uma ajuda à prática diária e não um " fardo" para os enfermeiros, devem ser encarados com flexibilidade. Não tendo a pretensão de serem completamente preenchidos no primeiro atendimento, visto que os campos abordados dependeram do rumo da entrevista, como mais a frente iremos explicar.

---

<sup>1</sup> Hesbeen (2001) *Qualidade em Enfermagem*. Loures. Lusociência.

## ORGANIZAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE ACTIVIDADES

Os instrumentos criados nascem da necessidade de obter uma visão global do trabalho desenvolvido, poder aplicar indicadores e adequar recursos.

**Lista de Utentes Referenciados:** Esta folha pretende contabilizar o n.º de utentes referenciados, o n.º de contactos efectuados e se aderiram ou não à CED.

Na 1.º coluna escreva o nome do utente, na 2.º o contacto telefónico; 3.º o médico de família, na 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, são espaços para poder monitorizar o n.º de contactos efectuados, coloque a data junte os símbolos  $\surd$  - para contacto estabelecido, e  $\times$  - para não estabelecido. Em observações escreva dados relevantes se o utente está motivado, a aderir se não porquê, se foi marcado e entretanto não compareceu, e outros elementos que ache relevantes.

**Pasta para Marcações da CED:** Na pasta de marcações encontra folhas individuais por dia com horas em que pode marcar a consulta, se for uma consulta de primeira vez, deve marcar com intervalo de 1 hora, se for de seguimento pode marcar com intervalo de  $\frac{1}{2}$  hora se for necessário.

**Ensinos de Grupo:** Nesta folha inscreva os utentes que mostraram disponibilidade de vir e o contacto, para facilitar a aprendizagem e atendendo ao espaço físico que temos para as sessões um máximo de 8 utentes.

**Lista de Utentes Seguidos na CED:** Aqui registamos os utentes que já iniciaram a consulta, e as actividades em que participaram, coloque o nome, contacto e médico nas primeiras 3 colunas, respectivamente. Nas colunas, 1.º vez; 2.º vez (referentes ao atendimento individual na CED), e nas colunas referentes aos ensinos em grupo Cuidados ao pé e Alimentação e actividade física, coloque um  $\times$

**Agendamento Mensal:** O acompanhamento trimestral dos utentes, quando esta periodicidade for adequada, fica assinalado em folha própria para posterior contacto e agendamento, obedecendo à regra - utentes atendidos pela última vez

em Outubro, ficaram agendados para Janeiro, os de Novembro em Fevereiro, e assim sucessivamente. O contacto será feito na última semana do mês anterior, ou seja os agendados para Janeiro, serão contactados na última semana de Dezembro para marcação.

**Atendimentos Não Programados (utentes não integrados na consulta):** Os utentes que recorram à CED, mesmo sem estarem referenciados para situações pontuais, como avaliação de glicemia, dúvidas com máquina de glicemia, etc. Serão atendidos, e registados os seus dados, a data, hora, médico, nome do utente e motivo por o qual recorreu ao serviço, nas colunas respectivas.

## COLHEITA DE DADOS: INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM

**Cabeçalho:** No canto superior direito prende-se com dados que situam o utente na instituição, sendo muito importante o preenchimento do nome completo, se possível o numero de utente (facilitaram o acesso à informação no SINUS), e imprescindível o médico de família para articulação.

**Dados Pessoais:** Nesta janela pedimos que preencha por extenso os campos e aberto e faça no espaço próprio as observações que ache pertinentes, é particularmente importante indagar que tipo de apoio é que o utente tem a nível do suporte familiar/social, bem como o nível de escolaridade.

**História da Diabetes:** Neste item sinalize em anos o tempo de diagnóstico, podendo colocar à frente o ano concreto se obtiver essa informação. Marque com uma cruz a opção que corresponda à forma como foi realizada o diagnóstico, lembramos que este item também influencia a forma como o utente "sente a doença". Escreva em observações o que achar relevante.

**Patologia Associada/Complicações:** visto que a nossa principal fonte de informação é o utente que poderá não ter o conhecimento total do seu estado de saúde, preencha todos os quadrados em branco com uma das 3 opções: O - não sabe; S - sim; N - não. Para outras patologias, não directamente relacionadas com a diabetes, escreva em observações.

**Valores Laboratoriais:** Transcreva os valores analíticos, e referencie a data em que foram efectuados, nos locais indicados. Como indicadores do estado de saúde estes valores também irão orientar o caminho a seguir nos ensinos, nomeadamente na adequação alimentar.

**Terapêutica:** O quadro divide os antidiabéticos orais pela principal acção ou associação, ao enquadrar em "categorias", pretendemos desta forma facilitar a "leitura" de qual o principal efeito, para por um lado avaliar a adesão terapêutica do

utente, e por outro para direccionar os ensinios (utilize a tabela do anexo I). Escreva em cada espaço na coluna correspondente o nome do medicamento, a posologia e o tempo em que o utente normalmente toma a medicação (melhor que a hora é saber se em jejum, antes, durante ou após as refeições) EX. Metformina 1000/2x dia= Antes P.Al.; Antes Jantar.

Se no caso de outro tipo de medicação, os espaços para o efeito forem insuficientes, coloque 2 no mesmo espaço o mais abreviado possível.

**Vacinação:** Coloque uma cruz no quadrado caso o utente tenha realizado a vacina da gripe, se não tente perceber porquê e escreva em observações, bem como para a vacinação anti-tetânica caso não a tenha em dia. Se o utente afirmar que tem a vacinação em dia, tente saber a data e escreva (se utente não souber, consulte no SINUS)

**Autovigilância da Glicémia:** Aqui escreva por extenso o n.º de avaliações que efectua e a periodicidade, ou seja se é: diária, semanal, mensal. Em observações complemente a informação referindo se o utente o realiza exclusivamente em jejum, antes ou após as refeições (e quanto tempo depois das refeições).

**Estilo de Vida:** Em relação à actividade física coloque um x na opção que melhor se espelhe a realidade do utente. Em relação aos hábitos utilize as fórmulas de cálculo do anexo II. Em observações escreva informação que achar relevante.

**Hábitos Alimentares:** Peça ao utente a descrição do que normalmente come (tipo de alimentos/quantidades), quantas refeições faz e a que horas, e mediante a sua avaliação classifique os consumos do tipo de alimentos, em: A- consumo adequado; E- consumo excessivo, D- consumo deficiente e escreva o n.º de refeições e horários habituais, valide a informação com o utente. Pergunte ainda qual ou quais os alimentos preferidos e escreva.

**Autocuidado do Pé:** Nesta janela no item periodicidade descreva se é diária, dias alternados, semanal. Em relação aos quadrados assinale com um x a opção que

melhor descreva a realidade, podendo assinalar por questão mais do que um, Utiliza o espaço das observações para pormenorizar alguma informação que ache útil.

**Exame Físico:** transcreva aqui os dados obtidos, como se trata do primeiro atendimento deve realizar o exame objectivo do pé e efectuar o registo em folha própria, colocando no espaço para o efeito Sim ou Não.

**Avaliação de Conhecimentos:** Nesta janela pretendemos documentar o nível de conhecimentos do utente mediante a avaliação do enfermeiro através da entrevista, só assinale os itens que abordou, deixando os restantes em branco. Valide com o utente!

A pergunta aberta sobre quais as questões que gostaria de abordar, é fundamental para ir ao encontro das necessidades sentidas do utente que devem ser sempre a nossa prioridade.

Descreva ainda neste espaço as necessidades e ou problemas que avaliou como enfermeiro.

**Temas Abordados:** Se realizou algum tipo de ensino nesta primeira abordagem, assinale no item correspondente classificando por: P - abordado necessidade de posterior aprofundamento; A - Aprofundado; R - reforçado, deixe os restantes em branco.

**"Contrato" com o Utente:** Formalize por escrito com o utente quais os objectivos a alcançar até à próxima consulta. Em relação aos valores de glicemia, pergunte o que ficou combinado com o médico de família. Se não tiver qualquer tipo de dados em relação ao perfil do utente adie até a próxima consulta e nessa altura defina-os de forma realista e segura tendo em conta os valores habituais e a idade, lembramos que não é adequado nem exigíveis descidas muito acentuadas de forma repentina.

Marque a próxima consulta tendo em conta as necessidades, motivação e disponibilidade do utente (ou daí a uma semana/ 3 meses) se não souber o dia assinale apenas o mês e o ano.

**Notas:** Faça neste espaço, evitando repetir informação, aspectos relevantes, (ex. primeiro impacto da CED no utente), e delinieie um plano de intervenção para do seguimento nos próximos contactos.

## AVALIAÇÃO DO PÉ: INSTRUMENTO DE REGISTO DO EXAME OBJECTIVO.

Este instrumento preenchido por enfermeiros é realizado como complemento da colheita de dados, de forma a poder facultar essa informação ao utente e ao médico de família.

**Cabeçalho:** Preenchimento do nome do utente, se possível o numero de utente, o médico de família e data.

**Sapatos:** Avalie pela observação e inspecção do sapato se este protege, ou por outro lado pode por em risco o pé do diabético. Assinale com uma cruz se considera adequado ou não. Complemente a informação por escrito, se o desejar, em observações.

**Pele:** Observe o estado global da pele dos pés e assinale com uma cruz a opção correcta. No espaço das observações descreva a localização onde observou alterações dignas de registo.

**Espaços Interdigitais:** Observe todos os espaços entre os dedos, e registe assinalando com o x o que observa. Complemente em observações a localização precisa das alterações.

**Unhas:** Observe as unhas, e registe assinalando com o x o que observa. Complemente em observações a localização precisa das alterações.

**Deformações:** Pesquise as deformidades que podem ser focos de pressão para o pé. Assinale com um x se observa ou não as alterações especificadas. Complemente em observações a localização precisa das alterações.

**Pulsos:** A pesquisa è efectuada por minidoppler, mediante a avaliação que faça dos fluxos classifique em cada quadrado com um S ou N ou D, respectivamente se

estão presentes e bem audíveis - S; se não são audíveis - N; se estão presentes mas o som é sem dúvida diminuído - D

Em relação ao preenchimento capilar assinale com uma cruz somente se verificar uma lentificação (superior a 3 segundos).

**Sensibilidade Protectora:** Para cada pesquisa assinale cada quadrado com S - se está presente e Com N - se existe ausência de sensibilidade.

**Categorização do Risco para Ulceração:** Mediante as observações e pesquisas que realizou classifique o risco em conformidade com a Circular Normativa N.º 05/PNPCD, especifique ainda dentro do risco atribuído se é uni ou bilateral, assinalado com uma cruz as opções.

**Medidas Adoptadas:** Nesta janela especifique, assinalando com um x abordagem que fez no âmbito da educação para o auto-cuidado dos pés ao longo do exame, se não abordou algum dos assuntos, deixe em branco.

Registe, se houver necessidade do apoio de enfermagem da sala de tratamentos, no caso de ferida ou calosidade, a data da marcação.

Assinale com o x as necessidades/ disponibilidade do utente para reforço do ensino individual e ou em grupo.

Notifique com o médico de família a necessidade de referência para centro de podologia, ou vascular. Especifique informação que ache pertinente, e escreva nas observações a periodicidade da observação mediante a classificação do risco conforme protocolado

**Realizado Por:** Assine a folha no canto inferior direito.

ANEXO I: Folhas de Registo para monitorização de actividades









ANEXO II: Folha de registo de Colheita de Dados

**DADOS PESSOAIS**

Data avaliação

/ /

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade (anos): \_\_\_\_ Sexo: Masculino  Feminino   
Morada: \_\_\_\_\_, CP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_, Telemóvel: \_\_\_\_\_, Outros: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão / Ocupação (actual/anterior): \_\_\_\_\_  
Vive sozinho  Nº de coabitantes: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_  
Suporte Social: Familiares  Amigos  Vizinhos  Outro: \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA DA DIABETES**

Diagnóstico há: \_\_\_\_ (anos)  
Diagnosticado por: Análises de rotina  Situação Aguda de Doença  Sintomas (queixas)   
Obs: \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA ASSOCIADA / COMPLICAÇÕES**(0 - não sabe/sem informação; S – Sim; N – Não)

HTA  Dislipidémia  Obesidade   
AVC  Dça Coronária  Dça Vascular  Retinopatia  Neuropatia  Nefropatia   
Obs.: \_\_\_\_\_

**VALORES LABORATORIAIS** (Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Hb A1c: \_\_\_\_\_ Colesterol total: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_ Triglicéridos: \_\_\_\_\_  
Creatinina: \_\_\_\_\_ Microalbuminúria: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA**

Sensibilizadores Insulina/ Posologia	Secretores Insulina/ Posologia	Inibidor da $\alpha$ Glucosidase/ Posologia	Associações ADO/ Posologia	Insulina/ Posologia	Outros/ Posologia

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VACINAÇÃO**

Vacinação: Gripe sazonal  Última vacina Anti-Tetânica em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Obs.: \_\_\_\_\_

**AUTOVIGILÂNCIA DA GLICÉMIA**

Nº avaliações: \_\_\_\_\_ Periodicidade: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESTILO DE VIDA**

Actividade Física: Sedentária  Moderada  Activa

Hábitos Alcoólicos [\_\_\_\_\_] gr/dia Hábitos Tabágicos [\_\_\_\_\_] UM/Ano

Obs.: \_\_\_\_\_

**HÁBITOS ALIMENTARES (A – Consumo adequado; E – Consumo excessivo, D – Consumo deficiente)**

N.º Refeições/dia: \_\_\_\_ Horários: \_\_\_\_\_ Alimentos preferidos \_\_\_\_\_

Quantidade de HC  Proteínas  Fibras/Legumes  Gorduras  Sal  Água  Açúcares

Obs.: \_\_\_\_\_

**AUTOCUIDADO DO PÉ**

Como e quando faz a higiene dos pé: Periodicidade : \_\_\_\_ Duche  Imersão

Como faz o corte das unhas: tesoura  Alicate  Corta-unhas  Lixa

Já teve úlcera.

Costuma vigiar o pé  Periodicidade \_\_\_\_ Dificuldades: Visuais  Motoras  Falta de Conhecimentos

Queixas a nível das extremidades: Dor tipo queimadura  Parestesias

Obs.: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO**

TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Glicemia cap. \_\_\_\_\_ mg/dl P.A. \_\_\_\_\_ Obs. \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_ Avaliação do pé (registo em folha própria) \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS (CC – com conhec.; AC algum conhec.; SC – sem conhec.)**

Diabetes [\_\_\_\_\_] Complicações [\_\_\_\_\_] Alimentação [\_\_\_\_\_] Benefícios do exercício físico [\_\_\_\_\_] Autovigilância da glicemia [\_\_\_\_\_] Medicação [\_\_\_\_\_] Cuidados com os pés [\_\_\_\_\_] Quais as questões que gostaria de abordar? \_\_\_\_\_

Levantamento de Necessidades/ Problemas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

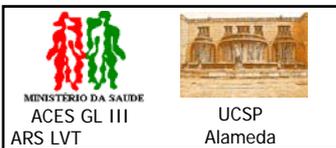
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ANEXO III: Folha de registo de seguimento



**CONSULTA DIABETES  
- ENFERMAGEM -**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Med. Família: \_\_\_\_\_  
 Nº Utente: \_\_\_\_\_ Folha nº \_\_\_\_\_

V1010

**EXAME FÍSICO** Data consulta      /      /

TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg    Glicemia cap. \_\_\_\_\_ mg/dl    P.A. \_\_\_\_\_    Obs. \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_ kg    Altura: \_\_\_\_\_ m    IMC: \_\_\_\_\_    Avaliação do Pé (registo em folha própria) \_\_\_\_\_

**OBJECTIVOS DA ÚLTIMA CONSULTA**

Valores de glicemia: Jejum \_\_\_\_\_ Pós-Prandial \_\_\_\_\_  
 O que Cumpriu \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dificuldades \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VALORES LABORATORIAIS** (Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Hb A1c: \_\_\_\_\_ Colesterol total: \_\_\_\_\_ HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_ Triglicéridos: \_\_\_\_\_  
 Creatinina: \_\_\_\_\_ Microalbuminúria: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**REVISÃO TERAPEUTICA**

SENSIBILIZADORES INSULINA/POSOL.	SECRETORES INSUL /POSOL.	INIBIDOR DA $\alpha$ GLUCOS./POSOL.	ASSOCIAÇÕES ADO /POSOL.	INSULINA/ POSOL.	OUTROS/POSOL.

OBS. \_\_\_\_\_

**REAVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS** (CC – com conhec.; AC algum conhec.; SC – sem conhec.)

Diabetes [\_\_\_\_] Complicações [\_\_\_\_] Alimentação [\_\_\_\_] Benefícios do exercício físico [\_\_\_\_]  
 Autovigilância da glicemia [\_\_\_\_] Medicação [\_\_\_\_] Cuidados com os pés [\_\_\_\_]  
 Quais as questões que gostaria de abordar? \_\_\_\_\_  
 Levantamento de Necessidades/ Problemas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## TEMAS ABORDADOS

(P – abordado necessidade de posterior aprofundamento; A – aprofundado, R – reforçado)

**Diabetes:** O que é [\_\_\_] **Complicações:** O que são [\_\_\_] Prevenção [\_\_\_] Hiper e Hipoglicémias [\_\_\_]

**Medicação:** Efeitos [\_\_\_] Horários [\_\_\_] Técnica de administração [\_\_\_]

**Alimentação:** Fraccionamento [\_\_\_] Tipos de cozinhados [\_\_\_]

Hidratos Carbono necessidades [\_\_\_] Equivalências [\_\_\_] Diferentes Tipos [\_\_\_] Fontes [\_\_\_]

Açúcares [\_\_\_]

Lípidos: Necessidades [\_\_\_] Gorduras boas/más [\_\_\_]

Proteínas: Necessidades [\_\_\_] Fontes [\_\_\_]

Fibras/Legumes: Necessidades [\_\_\_] Fontes [\_\_\_]

Água: Necessidades de hidratação [\_\_\_]

Sal: Precauções [\_\_\_]

Álcool: Consumo [\_\_\_]

Ler rótulos [\_\_\_]

**Exercício Físico:** Adequação [\_\_\_] Tipo [\_\_\_] Benefícios [\_\_\_] Frequência [\_\_\_]

**Autovigilância:** Vantagens [\_\_\_] Registos [\_\_\_] Técnica [\_\_\_] Frequência [\_\_\_]

Interpretação [\_\_\_]

**Cuidados com os pés:** Necessidade diária de observação [\_\_\_] Calçado/meias [\_\_\_]

Higiene/hidratação [\_\_\_] Cuidado com unhas [\_\_\_] Cuidados com hiperqueratoses/ calosidades [\_\_\_]

Obs.: \_\_\_\_\_

## “CONTRATO” COM O UTENTE

Até há próxima consulta: Valores de glicemia: Jejum \_\_\_\_\_ Pós-Prandial \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consulta Médico Família, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Consulta Enfermagem, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## NOTAS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANEXOIV: Folha de registo da avaliação do pé



**CONSULTA DIABETES**  
- ENFERMAGEM -  
AVALIAÇÃO DO PÉ

Nome: \_\_\_\_\_  
Med. Família: \_\_\_\_\_  
Nº Utente: \_\_\_\_\_ Folha nº \_\_\_\_\_

V1010

**AVALIAÇÃO DO PÉ**

Data observação

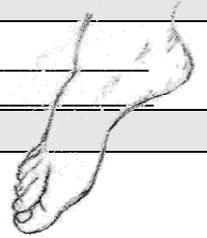
/ /

**Sapatos**

Adequados: Sim  Não  Obs.: \_\_\_\_\_

**Pele**

Hidratada Sim  Não  Seca Sim  Não  Hiperqueratoses Sim  Não   
Calosidades Sim  Não  Edemas Sim  Não  Ulcerada Sim  Não   
Obs.: \_\_\_\_\_



**Espaços Interdigitais**

Íntegros Sim  Não  Maceração Sim  Não  Fissuras Sim  Não   
Obs.: \_\_\_\_\_

**Unhas**

Alterações Sim  Não  Espessas Sim  Não  Atróficas Sim  Não   
Encravadas Sim  Não  Obs.: \_\_\_\_\_

**Deformações**

Hallux – Valgus Sim  Não  Deformidades dos Dedos Sim  Não  Rigidez Articular Sim  Não   
Obs.: \_\_\_\_\_

**Pulsos** (Sim/Não/Diminuídos)

Pedioso Dtº  Esq.  Tibial Posterior Dtº  Esq.  Obs.: \_\_\_\_\_  
Preenchimento Capilar >3 segundos Dto  Esq.  Obs.: \_\_\_\_\_

**Sensibilidade Protectora** (Sim/Não)

Percepção da pressão Dtº  Esq.  Percepção da vibração Dtº  Esq.  Percepção táctil Dtº  Esq.   
Sensibilidade térmica Dtº  Esq.  Obs.: \_\_\_\_\_

**Categorização do risco para ulceração**

Baixo risco :  
Sensibilidade protectora intacta, presença de pulsos, preenchimento capilar inferior a 3 segundos. Esq.   
Dto.

Médio risco (Alterações da sensibilidade protectora, e existência ou não de outros factores):  
Perda de sensibilidade protectora (pressão, vibratória, táctil, térmica) Esq.   
Hiperqueratoses, Calosidades, Alterações das unhas. Dto.

Alto risco (Sensibilidade protectora alterada e/ ou alt. Pulsos, com eventual presença de outros factores):  
Perda de sensibilidade protectora (pressão, vibratória, táctil, térmica); Ausência ou diminuição de pulsos Esq.   
Úlcera e/ ou história anterior de úlcera; Deformações ou proeminências ósseas; Amputação anterior Dto.

**Medidas Adoptadas**

Educação: Cuidados com os pés:  
Necessidade diária de observação   
Calçado/meias   
Higiene/hidratação   
Cuidado com unhas   
Cuidados com hiperqueratoses/ calosidades

Tratamento marcado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Reforço do Ensino: Individual  Grupo   
Referenciação: \_\_\_\_\_  
Obs.: \_\_\_\_\_

Realizado por:

ANEXO VI – Sessão de apresentação da CED

## FICHA DE PLANO DE SESSÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO: Perfil de Saúde dos Utentes com Diabetes Tipo 2 do CSA/ Consulta de Enfermagem de Diabetes

### DESTINATÁRIOS

Número de participantes: 25-30.

Idades:23-60.

Funções: Médicos e Enfermeiros

Habilitações: Licenciatura

### UNIDADE TEMÁTICA

Apresentação dos resultados do estudo "Perfil de saúde dos utentes com diabetes tipo 2 do CSA"

Apresentação da Consulta de Enfermagem de Diabetes do CSA

### OBJECTIVO GERAL

Implementar a Consulta de Enfermagem de Diabetes na UCSP da Alameda como estrutura para a sistematização de intervenções de enfermagem ao grupo de utentes com diabetes tipo 2 em articulação com a equipa médica.

### PRÉ - REQUISITOS

Exercício de funções no Centro de Saúde da Alameda

### SESSÃO N.º1

Minutos

### TEMA DA SESSÃO

60

Apresentação de resultados do estudo

Divulgação da CED

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão o grupo, através do debate nomeie vantagens/ desvantagens da CED no contexto actual e dê o seu contributo com sugestões.

## ACTIVIDADES DIDÁCTICAS

FASES	PONTOS - CHAVE	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO	
					TP	TAC
<b>introdução</b>	Apresentação pessoal e agradecimentos.	Expositivo			5	
	Metodologia da sessão: Apresentação do estudo Discussão com o grupo Apresentação da CED Comentários e sugestões.  Perfil de Saúde dos Utentes com Diabetes tipo 2 Nota metodológica Apresentação de Resultados: Dados sócio-demográficos Estilo de Vida Estado de Saúde Dados de Controlo Principais conclusões				15	20
<b>desenvolvimento</b>	Discussão com o grupo	Activo/ Participativo		Oral	10	30
	CED "Consigno no controlo e prevenção da diabetes" Objectivos Destinatários; Local; Horário; Funcionamento; Enfermeiros. Acesso Colheita de dados; observação do pé - Esquema de actuação. Educação individual e de grupo - Temas Acompanhamento/Articulação Organigrama da CED	Expositivo	Computador Data show PowerPoint		15	45
<b>conclusão</b>	Debate com o grupo: Comentários, Dúvidas e Sugestões	Activo/ Participativo		Oral	15	60

## PERFIL DE SAÚDE DOS UTENTES COM DIABETES TIPO 2 DO CENTRO DE SAÚDE DA ALAMEDA

UCSP – Centro Saúde Alameda 12-10-2010 M<sup>o</sup> José Simões, Enf.

### Nota Metodológica

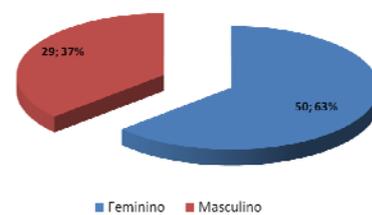
- **Tipo de Estudo:** Exploratório – Descritivo
- **População:** Utentes do CSA inscritos com o diagnóstico de diabetes - 2106( SINUS, 2010).
- **Tipo de Amostragem:** Não probabilística de tipo accidental
- **Amostra:** 80 utentes com diabetes tipo 2
- **Participação:** 8 Médicos
- **Instrumento Colheita de Dados:** Questionário
- **Amostra apurada:** 79
- **Tratamento de Dados:** Tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa EXCEL.

### APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

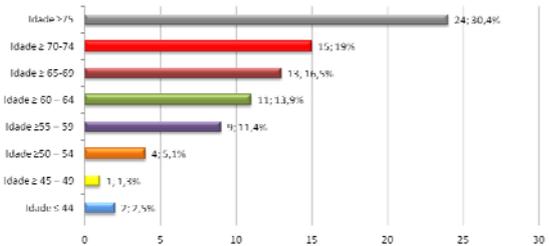
1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS
2. ESTILO DE VIDA
3. ESTADO DE SAÚDE
4. DADOS DE CONTROLO

### 1. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

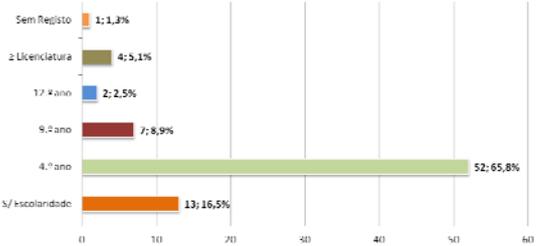
Dados Sócio-Demográficos: Género

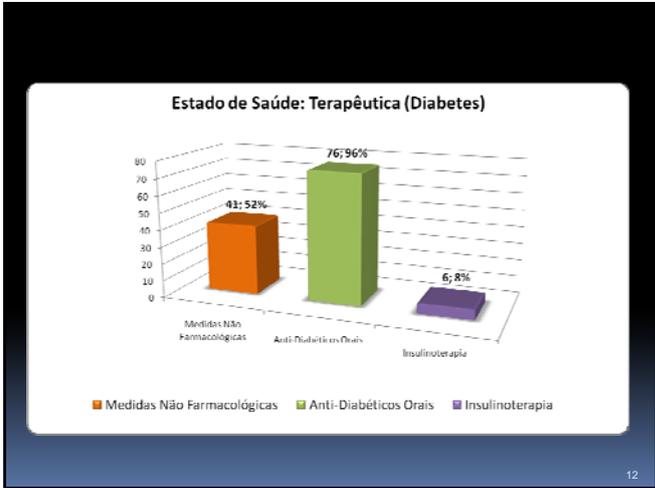
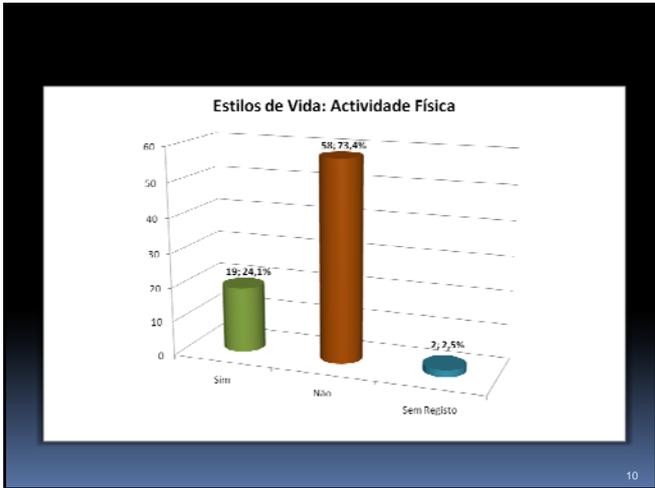
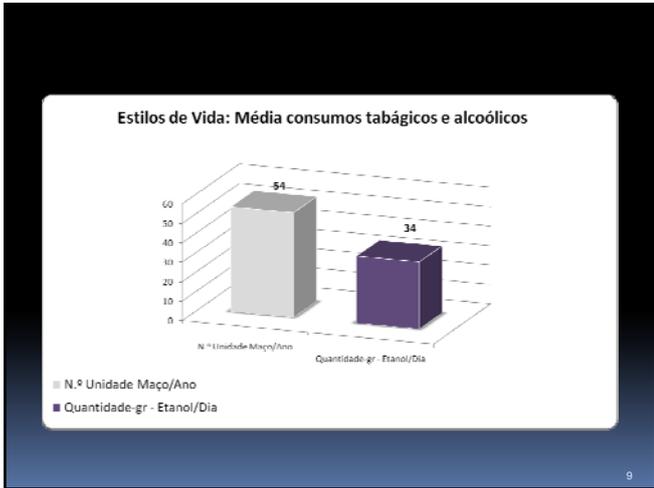
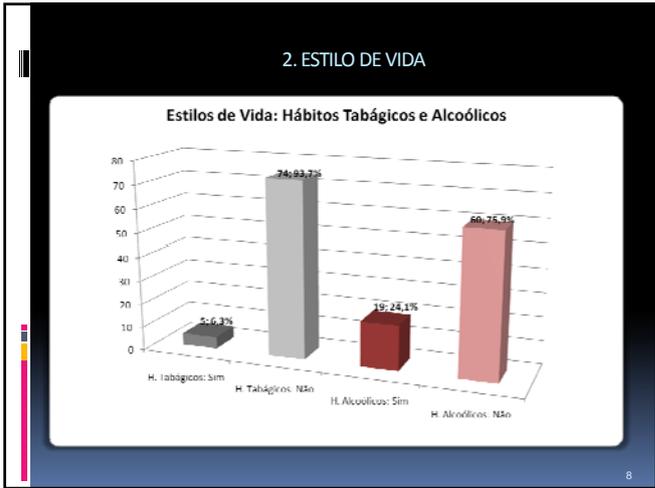
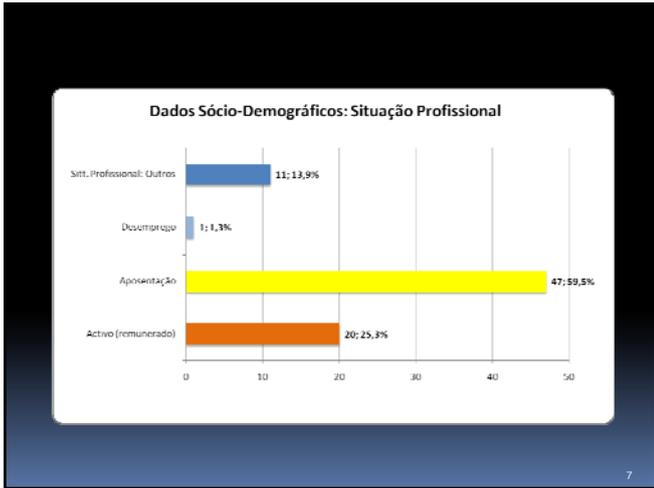


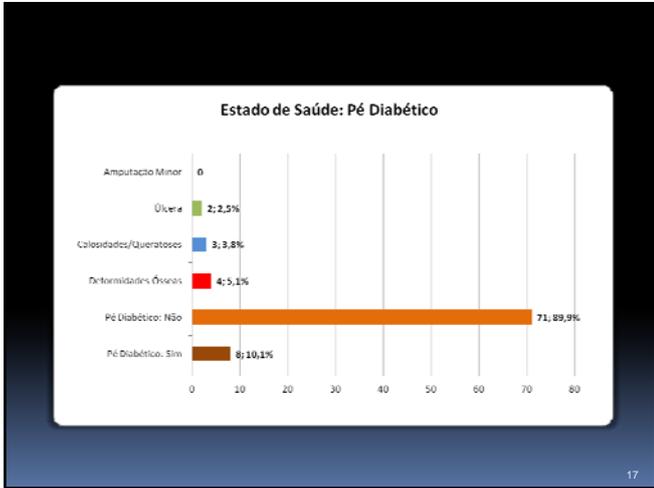
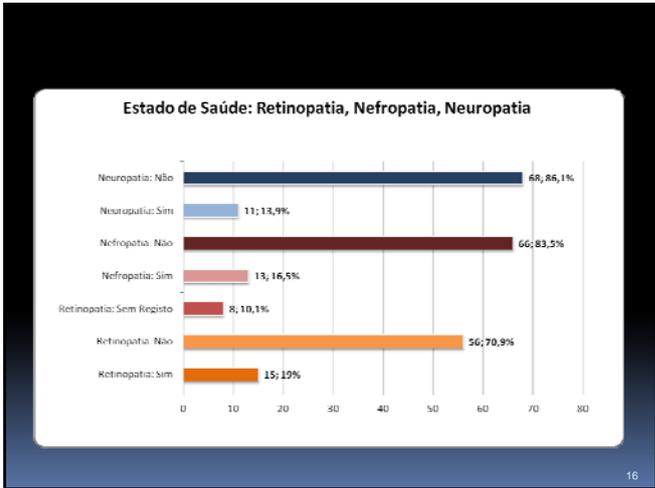
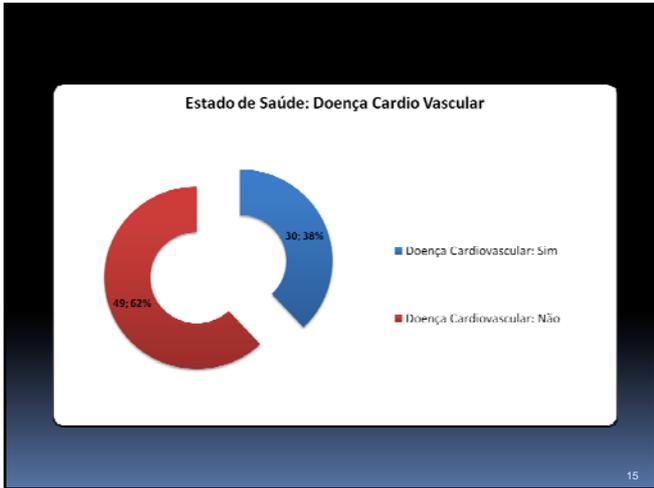
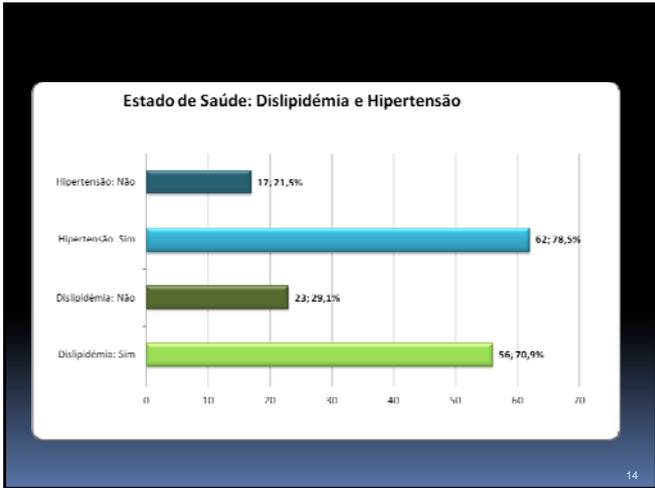
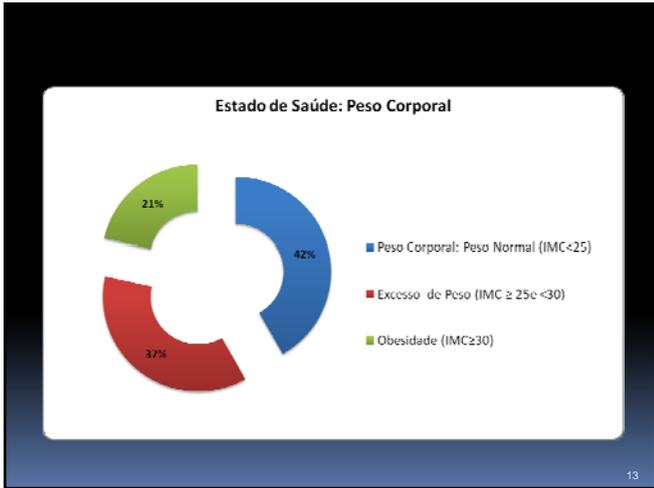
Dados Sócio-Demográficos: Idade (Faixas Etárias)

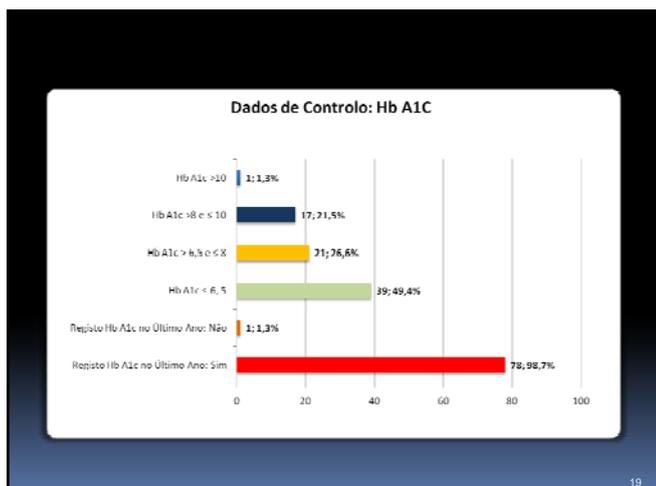


Dados Sócio-Demográficos: Escolaridade









19

## PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Dentro da amostra estudada, a maioria dos doentes :
  - Situa-se na faixa etária acima dos 75 anos;
  - Tem 4 anos escolaridade;
  - Não tem hábitos de consumo tabágicos ou alcoólicos (mas os consumos médios dos que mantêm esses hábitos estão acima da média);
  - Não pratica exercício físico;
  - Tem Diabetes diagnosticada há mais de 10 anos;
  - Está medicado com antidiabéticos orais;
  - Sofre de excesso de peso ou obesidade;
  - Tem associada dislipidemia e hipertensão;

20

## PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Cerca de 1/3 sofre de doença cardiovascular;
- 19% sofre de retinopatia, 16,5% de nefropatia e 13,9% de Neuropatia;
- 10,1% tem diagnosticado pé diabético;
- 84% realiza a autovigilância da glicemia;
- 98,7% têm controlo analítico da hemoglobina glicada;
- 49,4% têm valores de Hb A1c ≤ 6,5;
- 22,8% têm valores de Hb A1c > 8.

21

## “CONSIGO” NO CONTROLO E PREVENÇÃO DA DIABETES

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DIABETES  
UCSP: CENTRO DE SAÚDE DA ALAMEDA

## OBJECTIVOS

- “Consigo”.... na medida em que se pretende intervir “com” o doente na melhoria do seu estado de saúde, tendo por base a interação.
- “...controlo e prevenção” de maneira a que represente um contributo para a redução das complicações da doença.

23

- Identificar as necessidades de aprendizagem dos doentes com diabetes.
- Colaborar na vigilância e acompanhamento do estado de saúde dos utentes com diabetes tipo 2.
- Promover a auto-vigilância da glicemia.
- Transmitir conhecimentos que capacitem o utente a gerir a sua doença.
- Promover a adesão terapêutica (medicamentosa, alimentar, actividade física).
- Realizar a avaliação do pé aos utentes com diabetes tipo 2 de forma sistematizada e regular.
- Educar para o autocuidado do pé.

24

- **Destinatários:** Utentes inscritos no CSA com o diagnóstico de diabetes tipo 2.
- **Local:** Piso 1 – Gabinete 3 (Ext.1104)
- **Horário (inicial):** 2.ª, 4.ª e 6.ª das 8 às 13 horas.
- **Funcionamento:** Atendimentos programados /prioritários(atendimento no próprio dia).
- **Enfermeiros:** Maria José (Implementação).

25

### ACESSO

REFERENCIAÇÃO MÉDICA

- Em suporte escrito com: Nome do utente, idade, data diagnóstico da doença e motivo da referenciação (entregue pelo utente na sala de tratamentos para marcação).
- Por contacto directo do Médico de Família

26

### CONSULTA DE ENFERMAGEM

- **Colheita de dados** - de forma a poder estabelecer intervenções de enfermagem adaptadas às necessidades individuais do utente, tais como:
  - Dados pessoais;
  - Patologias associadas;
  - Conhecimento prévio sobre a doença;
  - Padrões de alimentação (horários, tipo alimentação) e actividade física;
  - Medicação;
  - Auto-vigilância da glicemia;
  - História de úlcera do pé, etc.
- **Exame físico:** Peso, Altura (IMC), TA, Glicemia Capilar.

27

- **Observação do pé para determinação do grau de risco e/ ou detecção precoce de lesões activas para tratamento, efectuando a observação de:**
  - Calçado/ meias;
  - Pele;
  - Espaços interdigitais, unhas, calosidades;
  - Deformações do pé.
- Avaliação da sensibilidade protectora, conforme as directivas práticas do *Consenso Internacional sobre o Pé Diabético*:
  - ✓ Percepção da Pressão (Monofilamento de 10 g.);
  - ✓ Percepção da Vibração (Diapasão 128 Hz);
  - ✓ Percepção Térmica, Sensação Táctil (Algodão);
  - ✓ Avaliação de Pulsos pedioso e tibial posterior (Mini – Doppler).

28

Observação do Pé

- Com Alterações (Sensitivas /lesões)
  - Reavaliação de 3 a 6 meses
  - Reforço de ensino individual e em grupo
  - Tratamento de lesões activas e remoção de calosidades na ST
  - Folha de registo para Médico de Família ou contacto directo (mediante a gravidade)
- Sem alterações
  - Reforço de ensino (sessão de grupo)
  - Folha de registo para Médico de Família (entregar pelo utente na próxima consulta)

29

Mediante as necessidades identificadas, realizar sessões de educação individual e/ ou de grupo, faseadas, com o objectivo de proporcionar um efeito adicional às restantes intervenções terapêuticas, nos domínios:

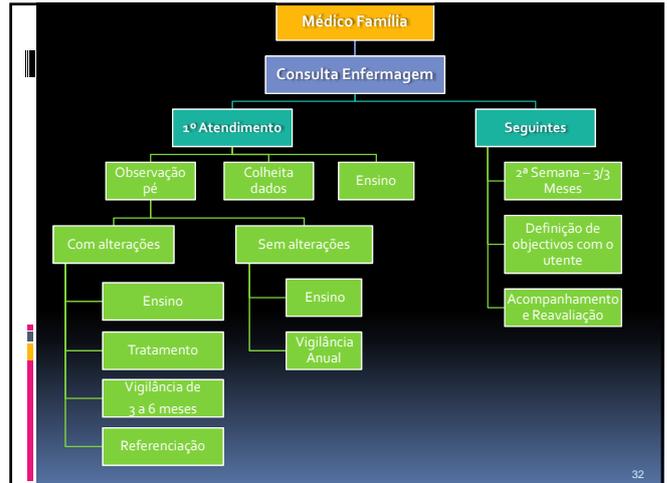
- O que é a Diabetes e porque afecta outros órgãos
- Importância do Controlo Glicémico e Monitorização .
- Alimentação: fraccionamento de refeições; Hidratos de Carbono (tipos, fontes alimentares, equivalências) Proteínas, Lípidos, Fibras, Sal, Doces, "Ler Rótulos".
- Actividade Física, importância para o controlo da Diabetes
- Medicação compreender a importância de cumprir prescrições
- Importância dos cuidados ao Pé
- Situações agudas hipo e hiperglicémia: reconhecer sintomas, formas de actuação.

30

## CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Solicitar ao utente para realizar, se for adequado, registo em "Diário Alimentar" durante 5 dias e glicemia em perfil.
- Definir com o doente objectivos ao nível do auto-cuidado, dieta, controlo glicémico, actividade física e toma adequada da medicação.
- Marcação de nova consulta na semana seguinte
- Acompanhamento de 3/3 meses (ajustável às necessidades).

31



32

## Referências

- Cooppan (2008). Bases e objectivos do Controlo da Glicose na Diabetes Mellitus e da Monitorização da Glicemia, in Goldstein, B.J.& Wieland, D.M.: *Diabetes tipo 2 Princípios e Prática*. 2.ªed. Algés. Euromédice: edições médicas. P.27-43.
- DGS(2010). Pé Diabético . PNCPD. Circular Normativa N.º 5 de 23/5/2010.
- Duarte & et al. (2007). Recomendações da SPD para o tratamento da Hiperglicémia e Factores de Risco na Diabetes tipo 2. Lisboa *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2(4) Suppl: 5-18.
- Fortin, M.F. (2003) - *O processo de investigação: da Conceção à realização*. 3.ªed.Loures. Lusociência.

33

## Referências

- Laakso (2008) Epidemiologia da Diabetes tipo 2 in Goldstein, B.J.& Wieland, D.M.: *Diabetes tipo 2 Princípios e Prática*. 2.ªed. Algés. Euromédice: edições médicas.
- Observatório Nacional da Diabetes (2009). Diabetes: factos e Números 2009. Relatório Anual. Lisboa. DGS-SPD.
- Portugal(2008). Plano Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes. DGS.
- Schuler & Linke (2008) Diabetes e exercício. Goldstein, B.J.& Wieland, D.M.: *Diabetes tipo 2 Princípios e Prática*. 2.ªed. Algés. Euromédice: edições médicas. P.73-82.
- Silva & Ribeiro & Cardoso (2006). Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A Importância das características demográficas e clínicas. Coimbra. *Referência*. II.ª Série (2). P.33-41.

34

Sessão: Perfil de Saúde dos Utentes com Diabetes Tipo 2 do CSA/ Consulta de Enfermagem de Diabetes

---

Grupo: Médicos e Enfermeiros

---

Data: 12/10/2010

---

**Avaliação Global da Sessão:** A sessão teve a participação de cerca de 15 médicos e 10 enfermeiros. A metodologia revelou-se adequada, tendo motivado 2 períodos bastante participativos de debate com o grupo. No primeiro espaço de debate, após a apresentação dos resultados do estudo, foram colocadas questões que levaram o grupo à reflexão sobre as vantagens e desvantagens da fonte utilizada e sobre a utilidade prática de um estudo não aleatório, não podendo ser generalizável, as opiniões do grupo dividiram-se, contudo foi consensual que o ideal para o contexto do planeamento em saúde e da maioria dos estudos quantitativos seria um estudo capaz de ser generalizável, o que foi encarado como uma sugestão para o futuro, contudo mediante a acessibilidade aos dados e o tempo para a realização do estudo as opções metodológicas permitiram ficar com um conjunto de dados relevantes, embora não generalizáveis, e por outro lado revelaram os registos médicos como uma fonte documental muito rica.

No segundo período de debate após a apresentação da estrutura de organização e objectivos da CED, foram esclarecidas dúvidas e foi expresso pelo grupo a importância desta estrutura de cuidados para obter "ganhos em saúde", contudo alguns questões foram levantadas, tais como: a articulação da equipa sem o SAPE a funcionar, a questão de criar expectativas aos utentes com um programa novo que no enquadramento actual de contenção pode estar seriamente comprometido e por último a capacidade de resposta da CED para o n.º de utentes inscritos com diabetes. As questões foram debatidas individualmente, sendo todas pertinentes.

A questão dos sistemas de informação, e de grande interesse para a enfermagem e é sem dúvida algo que deveria estar operacional para a efectividade e qualidade. Foram efectuadas diligências no sentido de adquirir a palavra-chave de acesso, mas até ao momento não foi possível, por isso até podermos melhorar o sistema, a articulação é feita em suporte de papel, reuniões não formais, comunicação e consulta de situações que assim o exijam à semelhança do que é feito para outros programas.

Em relação à incerteza da continuidade do projecto pelas transformações operadas recentemente no país, é da opinião da enfermagem que não nos podemos paralisar por uma hipótese, se bem que real, e devemos aproveitar "no agora" o

potencial e motivação dos enfermeiros, como já tinha sido discutido com a Médica Coordenadora da Unidade, o programa não seria divulgado e seria transmitido aos utentes incluídos na consulta, que é um projecto em fase experimental.

Em relação à capacidade, mediante as horas atribuídas para o projecto, foi defendido que embora não fosse o ideal, inicialmente e mediante o acesso ser efectuado por referência médica, não achamos que constitui-se um problema imediato de resposta, visto que nem todos os utentes inscritos seriam consumidores de saúde no Centro. E o n.º de horas eventualmente poderá ser ajustado às necessidades. O grupo contudo sugeriu que a referência deveria ter critérios e sugeriu que fossem estipulados por nós, desta forma comprometemo-nos a formulá-los, mediante reunião com a Coordenadora da Unidade.

Em termos globais a sessão atingiu os objectivos, tendo sido rica no debate que fomentou e sugestões que deixou para operacionalizar a CED.

ANEXO VII – Crêterios de referen ia o para a CED

Exmos. Srs. Drs. da UCSP  
Centro de Saúde da Alameda

**Assunto:** Critérios de Referenciação para a Consulta de Enfermagem de Diabetes.

No passado dia 12 de Outubro foi apresentado em Reunião Clínica, a Consulta de Enfermagem de Diabetes.

A Consulta, como estrutura para a sistematização das intervenções de enfermagem ao grupo de utentes com diabetes tipo 2, tem como principais objectivos:

- Identificar necessidades de aprendizagem;
- Colaborar na vigilância e acompanhamento do estado de saúde;
- Promover a auto-vigilância da glicemia;
- Transmitir conhecimentos que capacitem o utente a gerir a sua doença;
- Promover a adesão terapêutica;
- Realizar a avaliação do pé de forma sistematizada e regular;
- Educar para o autocuidado do pé;
- Promover estilos de vida saudáveis.

Destina-se aos utentes inscritos na UCSP da Alameda com diabetes tipo 2, sendo o acesso efectuado por referenciação do Médico de Família.

Na referida reunião foi questionado pelos Médicos presentes, a capacidade de resposta da Consulta de Enfermagem para o acompanhamento de todos os utentes com diabetes, visto existir um desfasamento entre o n.º de diabéticos tipo 2 habitualmente seguidos na UCSP – Alameda (prevê-se um n.º acima dos 2100 inscritos no SINUS) e o n.º de horas de enfermagem/semana (cerca de 15 horas) actualmente disponíveis. Mediante este enquadramento, foi estabelecida a necessidade de priorizar o atendimento e definir critérios para referenciação.

Assim estabelecem-se como **critérios de referenciação** para a Consulta de Enfermagem, os utentes com pelo menos 1 dos seguintes critérios:

- Diagnóstico Recente;
- Fraca adesão a medidas terapêuticas não farmacológicas ou farmacológicas e consequente descompensação metabólica;
- Necessidade de iniciar a auto-vigilância da glicemia;
- Risco de ulceração do pé.

Enf.<sup>a</sup> Maria José Simões  
(4/11/2010)

CC da Sr.<sup>a</sup> Coordenadora da UCSP da Alameda Dr. Madalena Mourão

ANEXO VIII – CED: Orientações para a prática

UCSP- Centro de Saúde da Alameda

# Consulta de Enfermagem de Diabetes

Orientações para a Prática Baseada na Evidência

Maria José Birrento Simões  
01-11-2010

## INDÍCE

• INTRODUÇÃO.....	2
• NA CONSULTA COM O UTENTE.....	3
• EDUCAÇÃO DO UTENTE COM DIABETES TIPO 2.....	4
• VALORES DE GLICÉMIA.....	5
• EXCESSO DE PESO E OBESIDADE.....	6
• ALIMENTAÇÃO.....	7
• ACTIVIDADE FÍSICA.....	9
• PÉ DIABÉTICO.....	10
• CONCLUSÃO.....	11
• REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

## INTRODUÇÃO

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e indivíduo ou grupo, foco dos seus cuidados, caracteriza-se pela parceria, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação tem a capacidade de se desenvolver e fortalecer ao longo de um processo dinâmico, que tem como objectivo fomentar no utente um papel proactivo no seu próprio "projecto de saúde" (O.E., 2001).

Logo requer, entre outras componentes, de tempo e de uma abordagem sistematizada, que vá ao encontro das necessidades de apoio e de aprendizagem do utente, necessários para o ajudar a lidar com os seus próprios desafios de saúde.

A O.E. (2001) reconhece a necessidade para a tomada de decisão do enfermeiro no âmbito do exercício profissional autónomo, uma abordagem sistémica e sistemática, identificando as necessidades de cuidados, implementando intervenções de enfermagem para evitar riscos, detectar problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas identificados.

Para a Ordem dos Enfermeiros, na fase de implementação dos cuidados "o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática (...) guias orientadores da boa prática dos cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros" (2001:10).

Nos cuidados à pessoa com diabetes é amplamente reconhecida a necessidade de envolvê-la nos cuidados, ajudando o utente a estabelecer os seus próprios objectivos, respeitando as suas prioridades e necessidades, bem como ter em conta os seus hábitos de vida e o estadió da doença (Funnell & Anderson, 2004).

É neste enquadramento, numa abordagem de *Empowerment* que se pretende operacionalizar os cuidados de enfermagem ao utente diabético na CED.

Este guia foi estruturado com base em estudos, textos de rigor científico e de guidelines, pretende ser facilitador e inspirador para uma prática de qualidade, por "um outro caminho possível"

## NA CONSULTA "COM" O UTENTE

- ✚ A relação começa desde o primeiro minuto, é importante criar um clima de empatia, expressar ao utente a nossa visão da diabetes e o que se pretende com a CED:
- Reconheça que compreende que não é fácil lidar com a Diabetes, e que exige muito da parte do doente
- Transmita que o nosso papel é ajudá-lo a lidar melhor com a doença, ajudando-o nas áreas onde sentir maior dificuldade
- ✚ Acentue a importância do papel do utente no controlo da diabetes, descreva que o seu papel é de ajuda a lidar melhor com a doença e a tomar as suas decisões, se achar pertinente faça uma analogia a um "treinador" ou "sociedade".
- ✚ Inicie cada consulta perguntando se o utente tem algo que o preocupe ou queira abordar, as dificuldades que sentiu e como se sente, aproveite para auscultar se houve progressos no controlo metabólico.
- ✚ Ouça o utente, identifique medos ou preocupações.
- ✚ Reveja o "contrato" que estabeleceu com o doente se foi cumprido ou não, quais as dificuldades.
- ✚ Aproveite qualquer momento de aprendizagem que surja durante a consulta.
- ✚ Envolve a família nos cuidados para suporte e apoio ao utente para cumprir objectivos.
- ✚ Forneça informação sobre como mudar comportamentos de forma realista e estratégias para resolução de problemas.
- ✚ Apoie o utente na resolução de problemas para ultrapassar barreiras que o impedem de lidar eficazmente com a diabetes.

Adaptado de: Funnell, M. M. & Anderson, R. M.(2004) Empowerment and Self-Management of Diabetes , Clinical Diabetes.3 (22Vol.):123-127.

RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (*GUIDELINES*)

1. Pessoas com diabetes devem receber, em tempo oportuno, educação ajustada às suas necessidades individuais de forma a aumentar a sua capacidade para controlar a doença [*Grade A, Level 1A*].
2. Todas as pessoas com diabetes (que tenham capacidades), devem ser capacitadas para controlar a sua diabetes e realizar o autocontrolo da glicemia [*Grade A, Level 1ª*].
3. Devem ser usadas intervenções como resolução de problemas, definição de objectivos e autovigilância de parâmetros de saúde, a par da educação para o autocuidado [*Grade B, Level 2*].
4. A educação para o autocuidado na diabetes podem ser realizadas em pequenos grupos ou individualmente, ambas são efectivas para pessoas com diabetes tipo 2 [*Grade A, Level 1ª*]

Fonte: Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee(2008)Self-management Education in Canadian Diabetes Journal

Dentro dos objectivos da CED, a educação do diabético é o objectivo base, visto que potencia que o utente possa compreender e fazer as suas escolhas de forma autónoma, sendo capaz de cuidar de si próprio.

Abrange todos os temas relacionados com a diabetes: o que é a diabetes, complicações, viver com a diabetes, alimentação e actividade física, controlo glicémico, cuidados com o pé, direitos do utente, recursos de apoio.

É vantajoso o uso, no processo de aprendizagem, de vários métodos activos individuais e ou em grupo, que envolvam a participação do utente e se adequem melhor ao seu perfil, a validação e o método demonstrativo em especial nas áreas do "saber fazer" técnico são essenciais. Traçar objectivos com o utente e escreve-los sobre a forma de "contrato" ajuda à adesão e responsabilização do utente para atingi-los.

## VALORES DE GLICEMIA

### RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (*GUIDELINES*)

1. Os valores de glicemia devem ser individualizados, no entanto é consensual que valores de Hb A1C  $\leq 7$  reduzem o risco de complicações microvasculares [Grade A, Level 1<sup>a</sup>].
2. Para atingir A1C abaixo de 7% a pessoa com diabetes de ter como objectivos valores pré - prandiais entre 4 a 7 mmol/L [Grade B, Level 2]; e valores 2 horas pos-prandial valores entre 5 a 10 mmol/L [Grade B, Level 2]
3. Em idosos com múltipla patologia, os objectivos devem ser menos exigentes (risco de hipoglicemia) [Grade D, Consensus]

Fonte: Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee(2008)Self-management Education in Canadian Diabetes Journal

Os valores ideais de glicemia para aquele doente específico, num dado momento são um critério médico, que tem em conta o estado geral do doente e os níveis habituais, devendo no caso de os valores estarem normalmente altos serem sujeitos a uma baixa progressiva, para se aproximarem gradualmente de valores aceitáveis, de forma a conseguir um melhor controlo da doença.

As recomendações da glicemia para adultos pré - prandial são entre 70-130mg/dl; e o valor máximo pós - prandial menor que 180 mg/dl (ADA, 2009).

O enfermeiro na consulta avalia os valores habituais do doente e valores de A1c, explica e reforça o significado destes valores no controlo da doença e de que forma podem reflectir os hábitos de vida. A orientação para traçar objectivos de glicemia dão ao doente a perspectiva de como a adesão terapêutica farmacológica e não farmacológica, influenciaram ou podem influenciar a melhoria do seu estado de saúde.

### RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (*GUIDELINES*)

1. Nos indivíduos com obesidade ou excesso de peso uma perda modesta de peso reduz a resistência à insulina. Por isso recomenda-se a perda de peso [Grade A]
2. Para reduzir peso poderão ser eficazes a curto prazo as dietas hipocalóricas e pobres em gorduras (até um ano) [Grade A]
3. A actividade física e as modificações comportamentais são componentes importantes dos programas de perda de peso e são muito úteis para a manutenção do peso perdido [Grade B]

Fonte: ADA (2009), Guia sobre a Prática Clínica na Diabetes.

O enfermeiro, na consulta avalia o peso e altura e determina o índice de massa corporal, mediante o risco que representa para o utente com excesso de peso ou obesidade, informa sobre as vantagens da perda de peso para a saúde e para o controlo da diabetes em particular.

Avalia a motivação do utente, pergunta se for pertinente, se a pessoa sente-se capaz de modificar alguns hábitos para perder um pouco de peso, e se sim quando achava que poderia começar.

Se mostrar motivação para entrar num programa de perda de peso, o enfermeiro, mediante o conhecimento que tem dos hábitos do doente, ajuda o utente a estabelecer um plano alimentar e de actividade física (dentro das suas capacidades), ajudando o utente a traçar objectivos realistas.

## ALIMENTAÇÃO

### HIDRATOS DE CARBONO

#### RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (GUIDELINES)

---

1. A monitorização da ingestão de H.C., tanto pela contagem, como pela substituição ou cálculo baseado na experiência, continua a ser a estratégia chave para atingir o controlo glicémico [Grade A]
2. A utilização do índice glicémico e da carga glicémica pode proporcionar um benefício adicional modesto em relação ao observado quando se consideram os H.C. exclusivamente [grade B]

Fonte: ADA (2009), Guia sobre a Prática Clínica na Diabetes.

### GORDURAS

#### RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (GUIDELINES)

---

1. A ingestão de gorduras saturadas deverá corresponder a menos de 7% das calorias totais [Grade A]
2. A ingestão de gorduras "trans" deve ser mínima [Grade E]

Fonte: ADA (2009), Guia sobre a Prática Clínica na Diabetes

### OUTRAS RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

#### RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (GUIDELINES)

---

1. Os edulcorantes não nutritivos são seguros caso sejam consumidos dentro das quantidades estipuladas como aceitáveis pela FDA [Grade A]
2. Se o indivíduo adulto com diabetes pretende beber álcool, a ingestão diária deve ser limitada a quantidades moderadas; no máximo uma bebida por dia na mulher e duas bebidas no homem [Grade E]

Fonte: ADA (2009), Guia sobre a Prática Clínica na Diabetes

A alimentação é o pilar da tríade terapêutica, é o mais divulgado junto da comunidade como algo imperioso no tratamento da diabetes, contudo é visto com o foco de restrições profundas e limitações por parte do doente, levando muitas vezes a fraca adesão às medidas recomendadas, existindo muitos mitos em relação ao tema.

A abordagem do enfermeiro na consulta, deve em primeiro lugar procurar conhecer os hábitos e preferências e encarar determinados hábitos numa perspectiva cultural, ser compreensivo em relação a dificuldades e limitações quer sejam de ordem cultural, económica, comportamental ou motivacional.

Faça um reforço positivo do que está bem, tente desfazer alguns mitos e proponha pequenas alterações com a concordância do utente e concretize - os em objectivos a atingir, num espaço de tempo (até à próxima consulta) e escreva-os no livro do utente e nos seus registos.

Personalize, faça um plano com o utente de como podem ser melhor distribuídos os alimentos em especial os hidratos de carbono ao longo do dia, e o quanto o fraccionamento em importante para manter os níveis de glicemia estáveis.

Avalie a literacia em saúde do utente, dê a informação que dentro do tema o utente reconheça como interessante, questione se gostaria de participar numa sessão de grupo.

Aborde a vantagem de associar ao plano alimentar a actividade física, para o controlo das glicemias.

## ACTIVIDADE FÍSICA

### RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (*GUIDELINES*)

1. Recomenda-se praticar, pelo menos, 150 min./semana de actividade física aeróbia de intensidade moderada, e ou, pelo menos 90 min./semana de exercício aeróbio intenso [Grade A].
2. Na ausência de complicações, as pessoas com Diabetes tipo 2 devem ser aconselhadas a realizar exercícios de resistência três vezes por semana [Grade A].

Fonte: ADA (2009), Guia sobre a Prática Clínica na Diabetes

A actividade física é comumente aceite ser de grande dificuldade na adesão, quer seja por a grande parte dos idosos ter doença osteo-articular ou outras limitações, quer nas camadas ainda com actividade profissional, que por compromissos laborais e familiares alegam falta de tempo.

Cabe ao enfermeiro na CED, salientar as vantagens muito positivas para o controlo da diabetes, e com o utente ver possibilidades de aumentar a actividade física compatível com as suas capacidades e possibilidades, traçando objectivos realistas, deve também informar o utente dos recursos da comunidade.

### RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS (*GUIDELINES*)

1. A vigilância do pé em diabéticos deve ser realizada por profissionais de saúde e ser parte integrante do tratamento da doença de forma a diminuir o risco de lesões e/ou amputações [Grade B, Level 2]
2. As pessoas com risco de ulceração do pé diabético e amputação, devem receber ensinamentos de forma a promover o auto cuidado e vigilância [Grade B, Level 2]

Fonte: Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee(2008). Canadian Diabetes Journal

O enfermeiro na Consulta faz a avaliação do pé de forma sistematizada e categoriza o do risco em conformidade com a Circular Normativa n.º05/PNPCD de 2010, realiza o procedimento conforme as directivas práticas baseadas no Consenso Internacional Sobre o Pé Diabético.

Durante a observação objectiva do pé explica ao utente o que vai observar e porquê e realiza ensinamentos sobre o autocuidado que forem pertinentes, reforça os ensinamentos individualmente e em grupo.

## CONCLUSÃO

A CED, pretende ser um espaço de construção de uma relação com o utente, que através de habilidades relacionais, comunicacionais e técnicas, aumente os seus conhecimentos, capacite nas tomadas de decisão e fomente a sua autonomia para o autocuidado.

Como assente num modelo centrado no utente, goza de uma flexibilidade na forma, ditada pela conceptualização dos cuidados: o enfermeiro em interacção "com" a singularidade de cada pessoa, reforçando o seu potencial, para se reconhecer como dono de sí. Processo nem sempre fácil, com a história da organização de cuidados "para" o doente ainda prevalentes.

O conteúdo ganha em qualidade e efectividade quando baseado em critérios científicos e na evidência, objectivo que a CED enquanto estrutura de cuidados pretende atingir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA (2009), *Guia sobre a Prática Clínica na Diabetes: Recomendações para a prática clínica da American Diabetes Association*. Carnaxide Bayer.

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee (2008). *Canadian Diabetes Journal*. Canadá.

DGS (2010). *Pé Diabético: PNPCD. Circular Normativa N.º5 de 22/3/2010*.

Funnell, M. M. & Anderson, R. M.(2004) Empowerment and Self-Management of Diabetes , *Clinical Diabetes*.3 (22Vol.):123-127.

*International Working Group on the Diabetic Foot*(1999) *Directivas Práticas sobre o tratamento e prevenção do pé diabético*. Lisboa. SPD.

Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. O.E.

ANEXO IX – Sessão de Formação

## FICHA DE PLANO DE SESSÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO: Mapas de Conversação: Instrumento de Trabalho para a Educação Terapêutica da Pessoa com Diabetes

### DESTINATÁRIOS

Número de participantes: 8-10.

Idades: 23-50

Funções: Enfermeiros

Habilitações: Licenciatura

### UNIDADE TEMÁTICA

Cuidados de Enfermagem ao Utente com Diabetes tipo 2

### OBJECTIVO GERAL

Reflectir sobre a utilidade dos mapas de conversação no processo de aprendizagem para o autocuidado das pessoas com diabetes tipo 2 no contexto da CED.

### PRÉ - REQUISITOS

Exercício de funções no Centro de Saúde da Alameda

### SESSÃO N.º1

Minutos

### TEMA DA SESSÃO

Programa Conversas de Diabetes - mapas de conversação: ferramenta inovadora na educação terapêutica do diabético

60

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão o grupo, através do debate:

Defina o que são os mapas de conversação

Identifique o mínimo e máximo de participantes

Nomeie 2 vantagens/ desvantagens da utilização dos mapas.

## ACTIVIDADES DIDÁCTICAS

FASES	PONTOS - CHAVE	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO	
					TP	TAC
<b>introdução</b>	Apresentação pessoal e agradecimentos; metodologia da sessão, objectivos específicos.				5	
	Mapas de Conversação: o que são. Níveis de retenção do processo de Aprendizagem. Concepção dos mapas: Princípios orientadores Formato Papel do enfermeiro como facilitador.	Expositivo	Computador Data show PowerPoint		15	20
	Conteúdos gerais dos mapas: Viver com Diabetes; Como Funciona a Diabetes; Alimentação Saudável e Actividade Física Iniciar o tratamento com insulina					
<b>desenvolvimento</b>	Apresentação do Mapa: Alimentação Saudável e Actividade Física	Activo/ Demonstrativo	Mapa da Alimentação completo	Oral	10	30
	Por em prática: exercício.	Activo/ Role Play			20	50
	Os Meus Objectivos	Activo/ Demonstrativo				
<b>conclusão</b>	Resumo da sessão				10	60
	Avaliação dos objectivos específicos	Activo/ Participativo		Oral		

## MAPAS DE CONVERSAÇÃO

Instrumento de Trabalho para a Educação Terapêutica da Pessoa com Diabetes

### MAPAS DE CONVERSAÇÃO™

- Criados pela Healthyi em colaboração com a Federação Internacional da Diabetes - Europa.
- Os Mapas de Conversação disponibilizam uma experiência de aprendizagem verbal e visual interactiva que pode permitir uma melhor interiorização da informação.

### NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM OS INDIVÍDUOS RETÊM:

- 10% do que lêem;
- 20% do que ouvem;
- 30% do que vêem
- 70 % ou mais, quando se envolvem activamente.

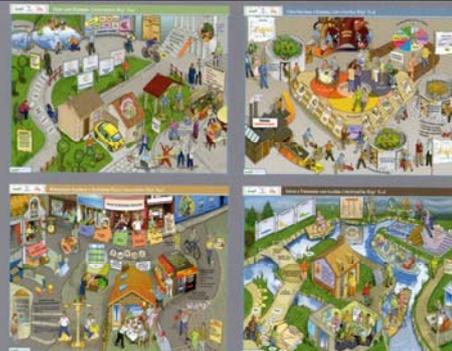
### PRINCÍPIOS ORIENTADORES

- Os utentes ouvem-nos,... mas iram fazer segundo as suas próprias conclusões;
- Falar com alguém com o mesmo problema tem um grande impacto;
- Aprende-se "mais ao ouvir, ver debater e executar";
- É preciso reforçar a importância da mudança de comportamentos;
- É essencial assumir a responsabilidade e de estabelecer objectivos, como forma de melhorar os resultados.

### FORMATO

- - Projectadas para utilização em pequenos grupos de 3 a 10 doentes, o mapa:
- Estimula perguntas,
- Promove um diálogo realista entre os utentes diabéticos e os profissionais de saúde.

### MAPAS DE CONVERSAÇÃO



## VIVER COM DIABETES

- ◉ Panorama geral da diabetes;
- ◉ O que é a diabetes;
- ◉ Sentimentos e emoções sobre a doença, e como controlá-la.

## COMO FUNCIONA A DIABETES

- ◉ - Explora o que ocorre no corpo quando se tem diabetes;
- ◉ Destaca as complicações relacionadas com o mau controlo da doença;
- ◉ Analisa de que forma os estilos de vida e o tratamento podem influenciar a evolução da doença;

## INICIAR O TRATAMENTO COM INSULINA

- ◉ Aspectos básicos sobre o início da insulino-terapia;
- ◉ Motivo pelo qual a insulina será necessária para muitas pessoas com diabetes tipo 2;
- ◉ Locais de injeção e preparação da insulina;
- ◉ lidar com hipoglicémias;
- ◉ identificar padrões de glicose e a ajustar a insulina de acordo com esses padrões.

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ACTIVIDADE FÍSICA

- ◉ Realça o controlo da diabetes através de:
  - Estilo de vida saudável;
  - Alimentação;
  - Actividade física.

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ACTIVIDADE FÍSICA



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ACTIVIDADE FÍSICA

### Os meus Objectivos

Mapa de Conversação<sup>1</sup> "Alimentação Saudável e Actividade Física"

#### Pontos Chave

- ◉ Existem muitos benefícios numa alimentação saudável e em manter-se activo
- ◉ O que come, em que quantidade, e quando come são factores importantes
- ◉ Conheça os seus valores
- ◉ Pense em actividades que o ajudem a manter-se activo
- ◉ Identifique os desafios que pode enfrentar no que diz respeito à alimentação saudável e actividade física e saiba como lidar com eles
- ◉ Lembre-se que mesmo pequenas mudanças podem fazer uma grande diferença

#### Conhecer os meus valores e objectivos

- ◉ Data \_\_\_\_\_
- ◉ Glicose no sangue antes da refeição \_\_\_\_\_
- ◉ Glicose no sangue 2 horas após a refeição \_\_\_\_\_
- ◉ HbA1c \_\_\_\_\_
- ◉ Colesterol total \_\_\_\_\_
- ◉ LDL \_\_\_\_\_
- ◉ HDL \_\_\_\_\_
- ◉ Triglicéridos \_\_\_\_\_
- ◉ Perímetro da cintura \_\_\_\_\_
- ◉ Pressão arterial \_\_\_\_\_

- ◉ Quais os dois ou três aspectos mais importantes que aprendeu nesta sessão?

- ◉ O que pretende fazer de forma diferente para melhor lidar com a diabetes e qual o seu objectivo?

- ◉ Como implementará essa mudança(s)? Que acção(ões) irá tomar?

- ◉ Quando pretende iniciar tal(is) mudança(s)? Quando pretende atingir o seu objectivo?

- ◉ Quem o irá ajudar com a(s) mudança(s)?

## REFERÊNCIAS

- Funnell, M. M. & Anderson, R. M. (2004) Empowerment and Self-Management of Diabetes , Clinical Diabetes.3 (22Vol.):123-127.
- Healthy i (2010). Conversas de Diabetes: mapas de conversação - recursos do facilitador. Lilly.

Sessão: "Mapas de Conversação: Instrumento de Trabalho para a Educação Terapêutica da Pessoa Com Diabetes".

**Grupo:** Membros da Equipa de Saúde.

**Data:** 13/1/2011

**Avaliação global da sessão:** Estiveram presentes 6 enfermeiros e uma médica, inicialmente a sessão só foi divulgada a enfermeiros, tendo uma médica mostrado interesse, foi integrada na formação.

Após a primeira parte expositiva, abriu-se um espaço espontâneo de discussão, sobre a adequabilidade à nossa população.

Foi explicado ao grupo, a necessidade de replicar estas acções mesmo de forma informal, uma vez que a gestão dos mapas requer o desenvolvimento de habilidades, na comunicação e gestão de grupos, se bem que o papel do técnico é no sentido de intervir o menos possível e deixar interagir os participantes, foi também esclarecido que não tem limites de idade ou literacia uma vez que foi concebido para ser muito visual e intuitivo.

Foi importante explorar primeiro os mapas no geral e um em concreto, uma vez que não haveria tempo para treinar todos.

O grupo aderiu bem aos métodos propostos, nomeadamente ao "role Play", a avaliação da sessão foi realizada oralmente tendo o grupo facilmente atingido os objectivos, nomearam como vantagem a participação activa do utente e logo uma maior interiorização, como desvantagem a logística de espaço (pressupõe uma mesa grande para manipulação do mapa no seu todo), ficaram sensibilizados para a utilização dos mapas como instrumento de educação, contudo gostariam de repetir a sessão para ganhar confiança, ficando de agendar junto da responsável da formação em serviço a marcação de outra sessão.

ANEXO X – Sessão EPS: Cuidados aos pés

## FICHA DE PLANO DE SESSÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO: Cuidados aos Pés - "Antes Prevenir que Remediar"

### DESTINATÁRIOS

Número de participantes:5-8.

Idades:>65 anos

Funções: Utentes

Habilitações: Em média 3 anos de escolaridade.

### UNIDADE TEMÁTICA - MÓDULO N.º

Cuidados Preventivos e de Controlo na Diabetes: 1.º Módulo

### OBJECTIVO GERAL

Promover nos utentes com diabetes tipo 2. a adopção de medidas preventivas e de controlo da doença

### PRÉ - REQUISITOS

Utentes com Diabetes tipo 2

### SESSÃO N.º1

TEMA DA SESSÃO: Cuidados aos pés

Minutos

80 min.

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão o grupo consiga:

Definir por palavras suas diabetes

Nomear 1 complicação da Diabetes.

Identificar 2 perigos para os pés diabéticos

Identificar 2 cuidados preventivos

## ACTIVIDADES DIDÁCTICAS

FASES	PONTOS - CHAVE	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO	
					Minutos TP	TAC
<b>introdução</b>	Apresentação pessoal do educador e participantes: Nome/Quantos anos de diabetes. Objectivo da sessão, evidenciar que se pretende realizar uma abordagem positiva, do que está nas mãos de todos através do uso das suas capacidades consciente/ modificar para prevenir. Objectivos Especificos	Activo/ participativo			10	
	O que penso quando penso na Diabetes? - ponto de partida para definição de Diabetes, abordagem das complicações Macro e microvasculares (principais órgãos afectados)	Activo Brainstorming	Cavalete/Bloco Marcadores	Oral/Conhecimentos/Crenças anteriores do grupo.	15	25
<b>desenvolvimento</b>	Cuidados aos pés: <u>Principais" inimigos" dos pés</u> : Sapatos; Calosidades; Unhas Micoses; Corpos estranhos; Fontes de Calor.	Expositivo	Mapa do Corpo Humano		15	40
	<u>Que "armas" usar, que cuidados a ter</u> , Com:Sapatos; Calosidades; Unhas Micoses; Corpos estranhos; Fontes de Calor.  Higiene/ observação diária	Expositivo/ Demonstrativo	PowerPoint Computador Corpos estranhos Encontrados / Sapatos diabéticos  Kit de produtos/ objectos para demonstração medidas preventivas: Lixas; sabonetes; hidratantes; toalhas, meias, etc.		20	60
<b>conclusão</b>	Resumo dos cuidados a adoptar	Expositivo	PowerPoint Computador Folhetos - Cuidar Dos Pés	Oral/ objectivos específicos	5	65
	Avaliação da sessão pelos utentes: Questionário.		Questionário avaliação da sessão	Escrito	15	80

## Cuidados aos Pés – “Antes Prevenir que Remediar”

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

1

As feridas não aparecem  
espontaneamente!!!  
Por isso podem ser evitadas.

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

2

## Os “Inimigos” dos Pés

- ▶ Sapatos
- ▶ Calosidades
- ▶ Unhas
- ▶ Micoses
- ▶ Corpos Estranhos
- ▶ Fontes de Calor

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

3

## Sapatos Novos ou Mal Adaptados



UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

4

## Sapatos Bicudos



UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

5

## Sapatos Abertos



UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

6

## Sapatos Velhos



UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

7

## Calosidades

- ▶ Planta do pé;
- ▶ Articulações dos dedos.

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

8

## Unhas

- ▶ Espessas;
- ▶ Mal cortadas;
- ▶ Encravadas.

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

9

## Micoses

- ▶ Fungos que se desenvolvem entre os dedos;
- ▶ Pele vermelha;
- ▶ Maceração (Assadura);
- ▶ Fissuras;
- ▶ Mau cheiro.

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

10

## Corpos Estranhos

- ▶ Areia;
- ▶ Pedrinhas,
- ▶ Pregos;
- ▶ Fósforos;
- ▶ Peças de lego;
- ▶ Cotonetes;
- ▶ Vidros.

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

11

## Fontes de calor

- ▶ Botija de água quente;
- ▶ Cobertor eléctrico;
- ▶ Radiador;
- ▶ Lareira;
- ▶ Água muito quente do banho;
- ▶ Areia da praia no Verão (por vezes muito quente).

UCSP- Centro de Saúde da  
Alameda Enf.ª Maria José  
Simões

12

- ▶ Que “armas” usar....que cuidados a ter?

### Resumindo, os cuidados que deve ter são:

- ▶ Usar sapatos adequados, com meias;
- ▶ Verificar sempre o interior do sapato antes de o calçar;
- ▶ Não andar descalço;

### Resumindo, os cuidados que deve ter são:

- ▶ Hidratar a pele e remover calosidades de forma não agressiva;
- ▶ Cortar ou limar as unhas de forma correcta;
- ▶ Manter os pés secos e limpos;
- ▶ Tratar as micoses, caso surjam, consultando o médico;

### Resumindo, os cuidados que deve ter são:

- ▶ Aquecer os pés com cobertores e meias de lã;
- ▶ Controlar a temperatura da água do banho, em primeiro lugar com a mão;
- ▶ Limpar as feridas inicialmente com soro fisiológico e proteger com penso, e não melhorar, procurar o enfermeiro.

### Referências

- ▶ Serra(2008). Pé Diabético: Manual para a Prevenção da Catástrofe. Porto. Lidel.
- ▶ APDP(2004). Viver com Diabetes. Lisboa. Climepsi Editores.

Sessão: Cuidados aos Pés "Antes Prevenir que Remediar"

---

Grupo: Utentes com diabetes tipo 2 referenciados para a CED.

---

Data: 28/10/2010

---

**Avaliação Global da Sessão:** A sessão realizou-se com 5 utentes, 4 referenciados para a consulta e 1 familiar, com média de idades a rondar os 78 anos. O grupo foi participativo e aderiu bem aos métodos propostos, ouve o cuidado de adequação da linguagem, mas introduzindo algum vocabulário relacionado com a diabetes. Globalmente o grupo atingiu os objectivos da sessão. Contudo quando foi pedido a avaliação por preenchimento de um pequeno questionário, algumas pessoas ficaram um pouco apreensivas, embora todos tivessem cerca de 3.ºanos de escolaridade, é provável que estejam "desabitutados" de ler e escrever, a situação foi contornada alegando que naturalmente alguns teriam dificuldade em ler, por isso iriam ser ajudados, tendo sido pedida a colaboração da assistente operacional da Sala de Tratamentos, por ser uma pessoa com boa relação interpessoal, mediante o atrás posto foi posteriormente revisto o questionário de forma a simplifica-lo, embora mantendo as mesmas perguntas e estrutura.

ANEXO XI – Sessão EPS: Alimentação e actividade física

## FICHA DE PLANO DE SESSÃO

IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO: Alimentação, Actividade Física e Diabetes:  
Porquê? O Quê? Quanto? Como? Quando?

### DESTINATÁRIOS

Número de participantes: 4-6.

Idades: > 55 anos

Funções: Utentes

Habilitações: 4.º ano/7.º ano.

### UNIDADE TEMÁTICA - MÓDULO N.º

Cuidados Preventivos e de Controlo na Diabetes: 1.º Módulo

### OBJECTIVO GERAL

Promover nos utentes com diabetes tipo 2, a adopção de medidas preventivas e de controlo da doença a nível da alimentação e actividade física.

### PRÉ - REQUISITOS

Utentes com Diabetes tipo 2

### SESSÃO N.º1

TEMA DA SESSÃO: Alimentação e Actividade Física

Minutos

80 min.

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Que no final da sessão o grupo consiga:

Identificar 2 tipos de alimentos com Hidratos de Carbono;

Identificar 2 tipos de alimentos desaconselhados e porquê;

Nomear 1 vantagem da actividade física no controlo da diabetes.

## ACTIVIDADES DIDÁCTICAS

FASES	PONTOS - CHAVE	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO	
					Minutos TP	TAC
introdução	Apresentação pessoal do educador e participantes: Nome/Quantos anos de diabetes. Objectivo da sessão, evidenciar que se pretende realizar uma abordagem positiva, do que está nas mãos de todos através do uso das suas capacidades consciente/ modificar para prevenir. Objectivos Específicos	Activo/ participativo			10	
	Alimentação fundamental no tratamento da diabetes: Porquê? Hidratos Carbono; Açúcares/ Adoçantes Fibras Gorduras Proteínas Bebidas Alcoólicas	Expositivo	PowerPoint Computador Data show		15	25
	Equivalências /porções H.C. Exercício prático: Cálculo para um dia	Activo/ Participativo	Cavalete/Bloco Marcadores	Oral	15	40
	Importância de "ler rótulos". Produtos <i>Ligth</i> Produtos tolerados por diabéticos	Activo/ Demonstrati- Vo	Kit de Produtos/ Bolachas;Cereais Refrigerantes Alimentos "to- lerados por Dia." Lupa		20	60
desenvolvimento	Actividade física: Vantagens Tipo mais indicado	Expositivo	PowerPoint Computador Data show		5	65
	Resumo da sessão  Avaliação dos objectivos específicos  Avaliação da sessão pelos utentes: Questionário.	Expositivo  Participativo	PowerPoint Computador Folhetos - Alimentação Saudável Questionário ava- liação da sessão	Oral/ objectivos específicos  Escrito	5  10	70  80
conclusão						

## Alimentação, Actividade Física e Diabetes

PORQUÊ?  
O QUÊ?  
QUANTO?  
COMO?  
QUANDO?

A alimentação é fundamental no tratamento e controlo da Diabetes , porque ajuda a:

- Controlar os níveis de açúcar no sangue;
- Controlar o peso corporal;
- Controlar a tensão arterial;
- Controlar a gordura no sangue (triglicéridos, colesterol).

A alimentação do diabético deve ser saudável, equilibrada e em quantidades adequadas às necessidades de cada pessoa.



## Hidratos de Carbono



## Hidratos de Carbono são:

- A principal fonte de energia para o organismo ;
- Os que mais influenciam os níveis de açúcar no sangue após as refeições, dependendo do tipo e quantidade;

## Tipo de Hidratos de Carbono

- **Simples** têm uma absorção mais rápida pelo organismo, elevando rapidamente os níveis de açúcar no sangue, ex. açúcar.
- **Complexos** têm uma absorção mais lenta , por isso influenciam de forma mais gradual o açúcar no sangue, Ex. amido.

### Alimentos que Fornecem Amido

- Massas, feijão, ervilhas, favas, lentilhas, pão de mistura ou integral – são de absorção mais lenta
- Arroz branco, batata e pão branco – são de absorção menos lenta

### Outros Alimentos com Amido

- Bolos, Croissants, entre outros devem ser evitados porque são muito ricos em gordura e açúcares e pobres em fibras, vitaminas ....

### Alimentos com Outro Tipo de Hidratos de Carbono

- O leite, iogurtes possuem a Lactose que tem uma absorção mais rápida;
- A fruta tem a Frutose que tem também uma absorção rápida;
- Estes alimentos devem fazer parte da alimentação diária, consumidos com moderação;
- Devem-se ingerir com um pouco de pão ou tosta, para atrasar mais a absorção deste tipo de açúcares.

### Alimentos Ricos em Açúcares Desaconselhados

- Açúcar, mel, refrigerantes, bolos, pudins, compotas, passas de uva, doces, **PORQUE ELEVAM RÁPIDAMENTE O AÇÚCAR NO SANGUE**

### Como Substituir o Açúcar?

- Pode utilizar os Adoçantes artificiais de forma moderada, como o Aspartame, Acesulfame K, Sucralose, Sacarina, Ciclamato de Sódio;
- Porque são os únicos que **não interferem** nas glicémias.
- Os Adoçantes naturais, como a frutose, e os pólialcoois (sorbitol, lactilol, xilitol, manitol, isomalte) **interferem na glicémia**.

### Resumindo

- O bom controlo do açúcar no sangue depois das refeições, depende do tipo de Hidratos de Carbono e da quantidade que ingerimos a cada refeição;
- É **MUITO IMPORTANTE** que distribua por 6 a 7 refeições diárias (3 principais e restantes intermédias) em pequenas quantidades de cada vez.

## Fibras

- Presentes nas hortaliças, legumes, frutos, feijões, grão, ervilhas, cereais e derivados integrais;
- Ajudam a controlar a saciedade;
- Contribuem para a redução dos níveis de colesterol;
- Torna mais lenta a absorção dos nutrientes como a glucose (diminuem as hiperglicemias);
- Facilitam o transito intestinal.
- Devem ser ingeridas todos os dias.

## Gorduras



## Tipo de Gorduras

- As gorduras são indispensáveis na alimentação, contudo devemos ter em atenção a quantidade e a qualidade;
- As gorduras saturadas são prejudiciais à saúde e devemos limitar o consumo, estão presentes nas carnes gordas, enchidos, leite e queijos gordos, natas manteiga;
- As gorduras insaturadas são preferíveis, estão presentes no peixe, azeite, amêndoas, nozes,....

## Proteínas



## As Proteínas

- Podem ser de origem vegetal: feijão, grão, ervilhas, favas, lentilhas, soja;
- Ou de origem animal: carne, peixe, ovos, leite, iogurte, queijo.
- Devem ser ingeridas diariamente com moderação, em especial nas pessoas com a função renal afectada.

## Bebidas Alcoólicas

- Se não há contra-indicação, podemos beber moderadamente à refeição;
- Nos homens cerca de dois copos de vinho dia ou duas cervejas;
- Nas mulheres cerca de metade.

## Sal

- Existem alimentos muito ricos em sódio que devemos minimizar o consumo: enchidos, curados, fumados, aperitivos, fiambre, queijo, cubos de caldo, alimentos pré-confeccionados;
- Devemos ainda substituir o sal no tempero, por especiarias e ervas aromáticas.

## Ir às Compras

A IMPORTÂNCIA DE LER OS RÓTULOS  
E OS ALIMENTOS “TOLERADOS” POR DIABÉTICOS

## Actividade Física

- Para pessoas com diabetes a actividade física:
- Melhora a sensibilidade à insulina;
- Melhora o controlo das glicemias;
- Previne de doenças cardiovasculares;
- Contribui para a manutenção ou perde de peso;
- Melhora o bem estar físico e mental.

## Qual o Tipo de Actividade mais Indicado ?

- De intensidade moderada e progressiva;
- Ajustada à idade, treino e capacidades individuais;
- Pode ser ginástica de manutenção, natação ou simplesmente uma boa caminhada;
- Recomenda-se no mínimo a realização de qualquer uma destas actividades – 3 vezes por semana por trinta a cinquenta minutos de cada vez.

## Resumo da Sessão

- A alimentação é a base do tratamento da diabetes;
- Deve ser variada, fraccionada, rica em legumes, pobre em gorduras saturadas, com hidratos de carbono de absorção lenta em quantidades ajustadas às necessidades;
- Deve evitar os alimentos ricos em açúcar como os refrigerantes, compotas, mel, chocolates e bolos por provocarem um aumento rápido do açúcar no sangue e alguns deles terem elevadas quantidades de gorduras prejudiciais;

## Resumo da Sessão

- Use adoçantes artificiais para substituir o açúcar, de forma moderada;
- Reduza o consumo de sal, dê preferência às ervas aromáticas para tempero;
- Beba água ao longo do dia 6-8 copos;
- Complemente uma alimentação saudável com actividade física regular.

Controlar e Prevenir a diabetes vai ajudar-me a  
**VIVER MAIS E MELHOR**

## Referências

- APDP, (2009). Diabetes tipo 2: Um guia de apoio e orientação. Porto. Lidel.
- APDP, (2004). Viver com a Diabetes. Lisboa. Climepsi Editores.

Sessão: Alimentação e Actividade Física "Porquê? O Quê? Como? Quanto? Quando?"

---

Grupo: Utentes Referenciados para a CED

---

Data: 11/11/2010

---

**Avaliação Global da Sessão:** Esta sessão decorreu com a presença de 4 utentes, com uma média de idades de 70 anos, sendo o nível de escolaridade mais heterogéneo e elevado do que na sessão anterior.

A sessão foi muito participada, tendo o grupo colocado questões com frequência. Houve uma boa adesão às propostas de participação mais activa, nomeadamente com os exercícios práticos apresentados.

Os objectivos foram globalmente atingidos pelo grupo, e participaram na avaliação final da sessão sem aparentes dificuldades.

ANEXO XII – Avaliação dos utentes sobre a sessão: cuidados aos pés

AVALIAÇÃO DA SESSÃO EDUCATIVA: CUIDADOS AOS PÉS – “ANTES  
PREVENIR QUE REMEDIAR”

Data \_\_/\_\_/\_\_

A fim de podermos avaliar se estas sessões correspondem às suas necessidades e expectativas, é muito importante para nós que responda a este questionário.

Queremos recordar que, para nós **não há respostas certas ou erradas** – o que conta é a sua opinião!

Por favor assinale com uma cruz a sua resposta e preencha por escrito os espaços em branco.

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Feminino  Masculino

3. Costuma preocupar-se com os seus pés?

- Nunca
- Algumas vezes
- Sempre

4. Antes desta sessão, os seus conhecimentos sobre como tratar dos pés, eram:

- nenhuns
- alguns
- bastantes

5 – Após esta sessão, como ficaram os seus conhecimentos para saber tratar dos seus pés?

- Confusos
- Iguais
- Aumentados

6– Se desejar, deixe-nos aqui a sua opinião ou sugestões:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

MUITO OBRIGADA

## AVALIAÇÃO PELOS PARTICIPANTES DA SESSÃO - CUIDADOS AOS PÉS "ANTES PREVENIR QUE REMEDIAR"

### APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

#### Introdução

A fim de avaliar se a sessão corresponde às necessidades e expectativas dos participantes, foi pedido no final da sessão o preenchimento de um questionário. Segue-se a apresentação dos resultados.

#### Questão 1

Género feminino: 3 (60%)

Género masculino: 2(40%)

#### Questão 2

Média de idades: 77,8 anos

#### Questão 3

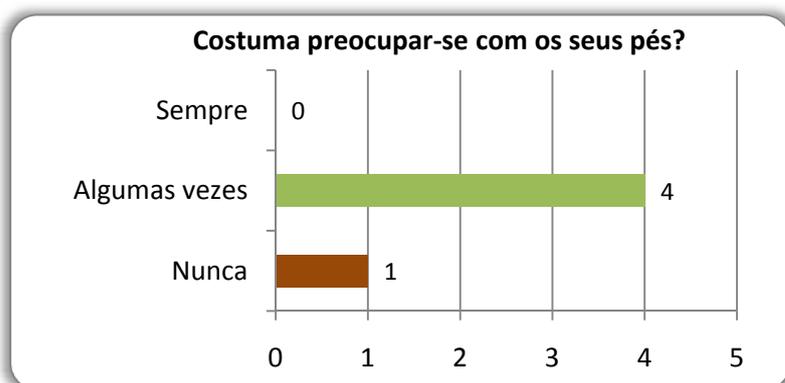


Figura 1 - Costuma preocupar-se com os pés?

Como mostra a figura, a maioria dos utentes (80%) refere preocupar-se algumas vezes com os pés, 1 utente refere que nunca se preocupa (20%), não representando uma preocupação constante para ninguém do grupo.

#### Questão 4

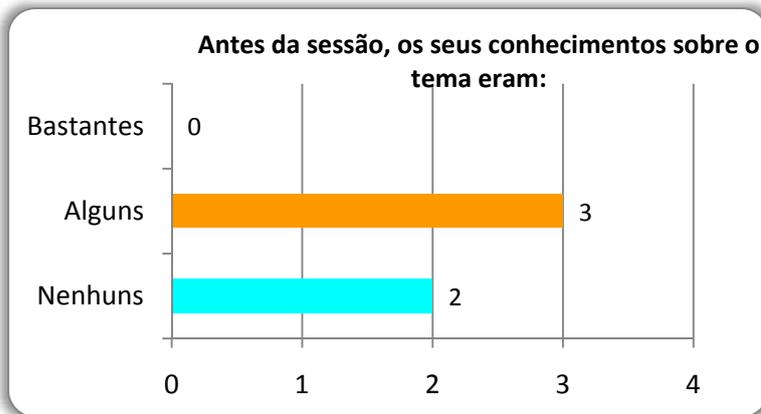


Figura 2: Antes da sessão, os seus conhecimentos sobre o tema eram...

Os participantes na sessão consideraram os seus conhecimentos prévios sobre o tema em - alguns, cerca de 3 participantes (60%) e inexistentes correspondente à resposta de 2 participantes (40%).

#### Questão 5

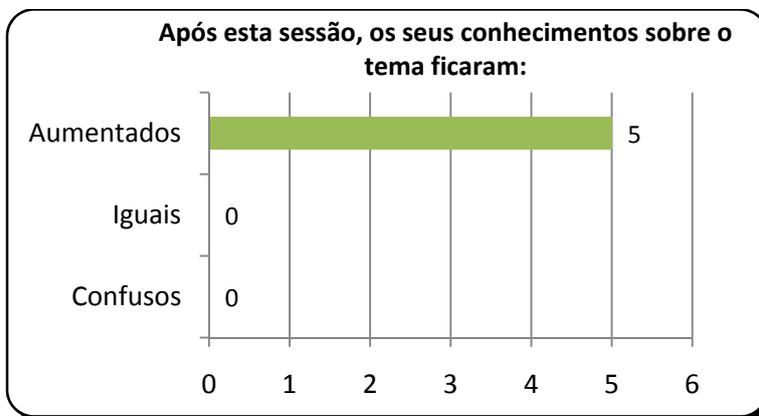


Figura 3: Após esta sessão, os seus conhecimentos sobre o tema, ficaram...

Todos os participantes consideraram que os seus conhecimentos sobre como cuidar dos pés ficaram aumentados

## Questão 6

<b>CATEGORIA</b>	<b>Se desejar, deixe-nos aqui a sua opinião ou sugestões...</b>
------------------	---

<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Opinião	" Gostei muito da sessão"	1Q-1;1Q-2
Sugestões		

Quadro 1: Questão 6: Subcategorias, Indicadores e unidades de Registo

Dos 5 participantes que responderam ao questionário, 2 deixaram a sua opinião que se prende com a satisfação global em relação à sessão em que participaram.

### Conclusões e Análise de Resultados

A média de idades dos participantes é elevada cerca 78 anos, tendo participado mais mulheres que homens.

As respostas dadas à questão 3 (Costuma preocupar-se com os pés?), faz-nos pensar que, para o grupo, o pé não é uma preocupação constante, por isso pode ficar "esquecido" de um autocuidado intencional e diário com vista à prevenção das complicações.

Concomitantemente, 40% dos participantes afirmaram não ter qualquer conhecimento em relação aos cuidados a ter com os pés tendo os restantes admitido alguns conhecimentos.

Todos consideraram que, com a sessão, os seus conhecimentos ficaram aumentados, tendo dois dos utentes expressado por escrito a sua satisfação pessoal com a sessão.

Mediante a informação dada e a avaliação efectuada pelos utentes, acreditamos que a sessão neste formato tem aceitação e contribui para o aumento dos conhecimentos.

ANEXO XIII – Avaliação dos utentes: sessão sobre alimentação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO EDUCATIVA: ALIMENTAÇÃO, ACTIVIDADE  
FÍSICA E DIABETES – “O QUÊ? COMO? QUANTO? QUANDO?”

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

A fim de podermos avaliar se estas sessões correspondem às suas necessidades e expectativas, é muito importante para nós que responda a este questionário.

Queremos recordar que, para nós **não há respostas certas ou erradas** – o que conta é a sua opinião!

Por favor assinale com uma cruz a sua resposta e preencha por escrito os espaços em branco.

1. Idade \_\_\_\_\_

2. Feminino  Masculino

3. Toma cuidado com a sua alimentação?

- Nunca
- Algumas vezes
- Sempre

4. Antes desta sessão, os seus conhecimentos sobre a importância da alimentação e actividade física para o tratamento da diabetes, eram:

- nenhuns
- alguns
- bastantes

5 – Após esta sessão, como ficaram os seus conhecimentos sobre alimentação e actividade física de forma a poder controlar melhor a sua diabetes?

- Confusos
- Iguais
- Aumentados

6– Se desejar, deixe-nos aqui a sua opinião ou sugestões:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

MUITO OBRIGADA

**AVALIAÇÃO PELOS PARTICIPANTES, DA SESSÃO -ALIMENTAÇÃO,  
ACTIVIDADE FÍSICA E DIABETES**  
**APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

**Introdução**

A fim de avaliar se a sessão corresponde às necessidades e expectativas dos participantes, foi pedido no final da sessão o preenchimento de um questionário, que seguidamente se apresentam os resultados.

**Questão 1**

Género feminino: 2 (50%)

Género masculino: 2(50%)

**Questão 2**

Média de idades: 69,75 anos

**Questão 3**



Figura 1 - Toma cuidado com a alimentação?

Como mostra a figura, a maioria dos utentes (75%) refere tomar cuidado com a alimentação algumas vezes e 1 utente refere ter sempre cuidado (25%).

#### Questão 4

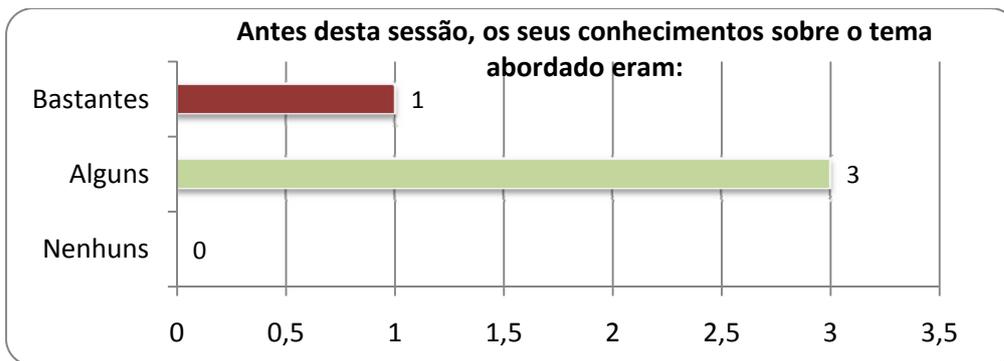


Figura 2: Antes da sessão, os seus conhecimentos sobre o tema abordado eram...

Cerca de 3 participantes (75%) da sessão consideraram os seus conhecimentos prévios sobre o tema como "alguns", e um elemento classificou-os como "bastantes" (25%).

#### Questão 5

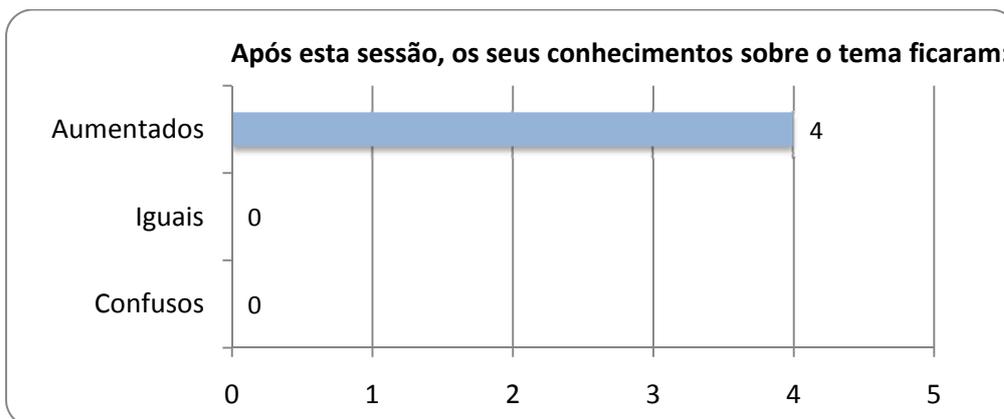


Figura 3: Após esta sessão, os seus conhecimentos sobre o tema, ficaram...

Todos os participantes consideraram que os seus conhecimentos sobre alimentação, actividade física e diabetes ficaram aumentados.

## Questão 6

<b>CATEGORIA</b>	<b>Se desejar, deixe-nos aqui a sua opinião ou sugestões...</b>
------------------	---

<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Opinião	"Gostei muito desta reunião" "Considero a "aula"(...)bastante útil"	2C-1; 3C-1
Sugestões	"Devia haver mais informação para pessoas com problemas de diabetes"	4C-1

Quadro 1: Questão 6: Subcategorias, Indicadores e unidades de Registo

Dos 4 participantes que responderam ao questionário, 3 deixaram a sua opinião, que se prendeu com a satisfação global em relação à sessão em que participaram (2 unidades de registo), e 1 deixou uma sugestão de haver mais informação disponível.

### Conclusões e Análise de Resultados

A média de idades dos participantes foi cerca de 70 anos, tendo participado o mesmo número de homens e mulheres.

Três indivíduos (75%) referem tomar cuidado a alimentação algumas vezes e 1 pessoa (25%) refere ter cuidados sempre.

Na questão sobre os conhecimentos prévios sobre a importância da alimentação e actividade física para o controlo da diabetes, 75% respondeu que detinha "alguns" e 25% que tinha "bastantes" conhecimentos, o que faz-nos supor que os utentes já anteriormente estavam sensibilizados para a importância do tema, que é sem dúvida dos mais difundidos pelos técnicos de saúde e apreendidos na comunicação social e comunidade.

Todos consideraram que, com a sessão os seus conhecimentos ficaram aumentados, tendo 2 dos utentes expressado por escrito a sua satisfação pessoal com a sessão, e 1 dado uma sugestão que entendemos seja para replicar as sessões.

Mediante a informação dada e a avaliação efectuada pelos utentes, acreditamos que a sessão neste formato tem aceitação e contribui para o aumento dos conhecimentos e deve ser replicada de forma sistematizada para abranger o maior número de utentes possível