



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O ATENDIMENTO À PESSOA DIABÉTICA E A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA A UTILIZAÇÃO DO SAPE NA UCSP DE MARVILA

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

Por Cláudia Maria Rodrigues dos Santos

(LISBOA, ABRIL DE 2011)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

O ATENDIMENTO À PESSOA DIABÉTICA E A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS PARA A UTILIZAÇÃO DO SAPE NA UCSP DE MARVILA

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

Por Cláudia Maria Rodrigues dos Santos, nº 192009002

Sob orientação da Mestre Teresa Rasquilho Vidal

(LISBOA, ABRIL DE 2011)

A educação é um processo social, é desenvolvimento.

Não é a preparação para a vida, é a própria vida.

(John Dewey)

RESUMO

O presente trabalho escrito, consiste num relatório descritivo das diferentes actividades desenvolvidas, ao longo do estágio do Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem Comunitária, do ICS da Universidade Católica Portuguesa.

A enfermagem comunitária implica uma diversidade nas áreas de intervenção pelo que, o enfermeiro com esta especialidade, deve estar capacitado para intervir em qualquer problema de saúde identificado na comunidade, grupo ou pessoa.

O estágio foi desenvolvido em três módulos de 180 horas e consistiu na realização de dois projectos de intervenção, recorrendo à metodologia de planeamento em saúde.

O projecto de reorganização da consulta de enfermagem à pessoa diabética, foi desenvolvido no decorrer dos dois primeiros módulos de estágio, e tinha como meta a promoção da autonomia do utente diabético da UCSP de Marvila. Permitiu utilizar diferentes estratégias que vêm de encontro aos objectivos propostos pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. A capacitação da pessoa diabética para a gestão da sua doença foi o fio condutor de todo o projecto.

Foram implementadas estratégias de intervenção individuais e em grupo, sempre com a premissa de que a pessoa é um ser único, e que a sua individualidade deve ser respeitada e utilizada para que o enfermeiro possa realmente ser um elemento facilitador da autonomia do utente na gestão dos seus problemas de saúde. Procurou-se desenvolver competências específicas, nomeadamente as que envolvem a utilização da metodologia do planeamento em saúde, integrando a capacitação de grupos para a manutenção e recuperação da saúde.

O segundo projecto, realizado no terceiro módulo de estágio, tinha como objectivo a formação de enfermeiros de referência para a utilização de CIPE/SAPE na UCSP de Marvila. Este surgiu da necessidade sentida, depois de, no projecto anterior, se ter utilizado o referido programa informático e se terem obtido bons resultados. A partir de então os enfermeiros da unidade consideraram importante a extensão do SAPE aos restantes programas de enfermagem.

Em fase de formação, no mês de Janeiro de 2011, foram executados 228 registos de enfermagem em SAPE, dos quais, 22 referentes à consulta de enfermagem à pessoa diabética, e os restantes distribuídos por todos os programas de enfermagem em desenvolvimento na referida unidade. As competências ligadas à formação foram sem dúvida as mais desenvolvidas ao longo deste projecto.

A cultura da prevenção é o que se ambiciona para a futura prática como Enfermeira Especialista de Enfermagem Comunitária.

Palavras-Chave: Enfermagem; Auto-cuidado; Autonomia; SAPE, Diabetes, UCSP Marvila

ABSTRACT

This essay, consists in a report describing all the developed activities during the Community Health Master Degree at Portuguese Catholic University, Health Science Institute (Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa).

Community nursing implies a wide range of intervention areas, and for that reason the nurse with this specialty must be able to intervene in any health problems identified in the community, group or individual.

The internship was developed in three 180 hours modules, consisting in two intervention projects, using health planning methodology.

During the first two modules of the internship, the nurse consult to the diabetic person was reorganized, and had as its goal the promotion of USCP Marvila diabetic user's autonomy, allowing the use of different strategies that meet the objectives proposed by the Diabetes Prevention and Control National Program.

The project leitmotiv was the training of the diabetic person to manage their disease.

Individual and group intervention strategies were implemented, always considering that the individual is unique, and their individuality must be respected and used so that the nurse can truly be the user health problems management autonomy facilitator.

We sought to develop specific skills, notably those involving the use of health planning methodology, integrating the training of groups to maintain and restore health.

The second project carried out in the internship third module, had as an objective the training of reference nurses in the use of CIPE/SAPE software at Marvila UCSP. It emerged naturally after the good results obtained with the use of computer software in the previous project.

Since then, the nurses considered it important to extend the use of SAPE software to all other nursing programs.

During training phase, January 2011, 228 SAPE nursing record were made, from which 22 refer diabetic persons and the remainder are distributed across all nursing programs in development in the unit. Throughout the project, the competencies related to training were undoubtedly the most developed.

A culture of prevention is all I desire for my future practice as a community health specialist nurse.

Keywords: Nursing, Self-care; Autonomy; SAPE, Diabetes, UCSP Marvila

AGRADECIMENTOS

Ao Enfermeiro Especialista Rogério Dinis, pela sua disponibilidade e incentivo ao longo de todo o estágio;

À professora Teresa Rasquilho Vidal, pela orientação, apoio, e incentivo que muito contribuiu para o desenvolvimento de capacidades e competências;

A todos os enfermeiros da UCSP de Marvila, pelo profissionalismo, pelo apoio e pela amizade;

Às Enfermeiras Lurdes Serrabulho, Amélia Valongo e Helena Nunes, pela amabilidade e disponibilidade;

Ao enfermeiro Hugo Machado, pelo tempo que disponibilizou e conhecimentos que transmitiu;

A todos os funcionários da UCSP de Marvila que permitiram o agradável desenvolvimento do estágio;

Aos colegas de trabalho e aos colegas de mestrado pela compreensão, pelo apoio e pela amizade;

À minha família, pelo tempo que roubei às reuniões familiares e pela compreensão de todos.

Ao meu marido, que desde o primeiro momento me apoiou, compreendeu e ajudou. Esteve comigo em todos os momentos, incluindo os de maior ansiedade e desgaste.

LISTA DE SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde
AGJ – Anomalia da Glicémia em Jejum
APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
AVC – Acidente Cardiovascular
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ECC- Equipa de Cuidados Continuados
EGA – Equipa de Gestão de Altas
IDF – International Diabetes Federation
ICS – Instituto Ciências da Saúde
ICN – International Council of Nurses
IPSS – Instituto Português de Segurança Social
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PIESMIPF – Projecto de Intervenção em Enfermagem de Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar
REPE – Regulamento da Prática de Enfermagem
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM – Sistema de Apoio Médico
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIC – Seguindo informação colhida
SINUS – Sistema de Informação nas Unidades de Saúde
TDACE – Teoria do Défice de Auto-Cuidado na Enfermagem
TDG – Tolerância Diminuída à Glucose
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
UCC – Unidade de Cuidados Continuados

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de Gestão do Ciclo de Projecto _____	12
Figura 2 – Tríade de Tratamentos de Diabetes _____	31
Figura 3 – Transposição dos Modelos de oito eixos da CIPE Beta 2 para o modelo unificado de sete eixos da CIPE 1.0. _____	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Utentes distribuídos por Género _____	18
Gráfico 2 – Utentes distribuídos por Grupos Etários _____	18
Gráfico 3 – Utentes distribuídos por Escolaridade _____	19
Gráfico 4 – Utentes distribuídos por Agregado Familiar _____	19
Gráfico 5 – Distribuição de Utentes pelo número de consultas efectuadas _____	20
Gráfico 6 – Distribuição do Utentes por Índice de Massa Corporal _____	21

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES	12
1.1 <u>A UCSP DE MARVILA</u>	13
1.2 <u>A CONSULTA DE ENFERMAGEM</u>	16
1.3 <u>O PROCESSO DE AUTONOMIA DA PESSOA</u> <u>DIABÉTICA</u>	22
1.3.1 Epidemiologia da Diabetes.....	22
1.3.2 A Intervenção da Equipa Educadora.....	28
1.4 <u>REORGANIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM</u> <u>DIABETES</u>	35
2. FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS DA UCSP DE MARVILA PARA A UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA INFORMÁTICO SAPE	41
2.1 <u>APRESENTAÇÃO DO PROJECTO</u>	41
2.2 <u>CIPE E SAPE</u>	43
2.3 <u>A FORMAÇÃO</u>	46
CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	53
ANEXO A – Cronogramas do Primeiro e Segundo Módulos de Estágio.....	54
ANEXO B – Tabela Síntese dos Dados Recolhidos dos Registos Activos da Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética do ano 2009.....	57
ANEXO C – Notas da Observação Participante nas Consultas de Enfermagem à Pessoa Diabética.....	59
ANEXO D – Norma de Procedimentos da Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética.....	62
ANEXO E – Tabela Síntese dos Resultados Obtidos nas 21 Consultas de Enfermagem à Pessoa Diabética.....	70
ANEXO F – Plano e Guião da Sessão de Educação Para a Saúde - Promoção da Autonomia do Utente Diabético e Auto-vigilância do Pé.....	74
ANEXO G – Questionário e Respostas Abertas da Avaliação à SES - Promoção da Autonomia do Utente Diabético e Auto-vigilância do Pé.....	81
ANEXO H – Cronograma do Terceiro Módulo de Estágio.....	86

ANEXO I – Questionário utilizado para o Diagnostico de Situação, do Projecto de Formação de Enfermeiros de Referência para a utilização do SAPE e Resultados Obtidos.....	88
ANEXO J – Resultados das Questões Abertas do Questionário apresentado no Anexo I.	95
ANEXO L – Manual Sape elaborado para utilização na UCSP de Marvila.....	99
ANEXO M – Grelha de colheita dos Resultados da Observação da Formação dos Enfermeiros de Referência.....	121
ANEXO N – Tabela Síntese dos Resultados obtidos através da Observação da Formação dos Enfermeiros de Referência.....	123
ANEXO O – Indicadores de Enfermagem referentes ao Mês de Janeiro do ano de 2011, imprimidos do Programa SAPE.....	125

INTRODUÇÃO

O presente trabalho escrito reflecte o culminar de um percurso académico, sendo aqui apresentado o relatório de estágio, desenvolvido ao longo de mais de 540 horas.

O estágio insere-se no Curso de Mestrado Profissional na Área de Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Desenvolvido ao longo de 3 módulos, teve como principal objectivo, a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária.

A opção pela especialidade de Enfermagem Comunitária surge naturalmente num percurso profissional que, embora curto, foi desenvolvido essencialmente no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Os módulos de estágio decorreram nos períodos de:

- 19 de Abril a 19 de Junho de 2010 – Módulo I
- 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010 - Módulo II
- 22 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011 - Módulo III

Em cada módulo foram sendo desenvolvidas diferentes competências. Era proposto que:

- Se realizasse um diagnóstico de situação de saúde e necessidade em cuidados de enfermagem numa comunidade ou grupo, no módulo I;
- Fosse desenvolvido um projecto de intervenção de acordo com as necessidades detectadas, e mediante metodologia de planeamento em saúde, no módulo II
- No módulo III se desenvolvesse um projecto de intervenção num contexto opcional.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Marvila foi o local escolhido para o desenvolvimento do estágio. A escolha deste local, não foi isenta de intenção. Embora não conhecesse a unidade de saúde escolhida, esta pertence ao mesmo Agrupamento de Centros de Saúde onde desempenha funções desde Novembro de 2006, facto preponderante na escolha.

Este percurso começou com uma reunião prévia ao estágio com o enfermeiro orientador. Desde logo ficou estabelecido que os três módulos de estágio seriam realizados nesta unidade. A Enfermagem Comunitária tem a vantagem de permitir desenvolver trabalhos em diferentes áreas. A área da promoção da saúde e da prevenção da doença, nomeadamente junto de grupos de jovens, sempre foi uma área de eleição. No entanto, mais do que os interesses pessoais, é importante intervir nas necessidades reais de uma comunidade. Assim, o percurso do estágio foi ditado por necessidades sentidas pelos profissionais de enfermagem da UCSP de Marvila.

Logo à partida foi colocada ênfase na necessidade de reorganizar o processo assistencial de enfermagem aos utentes diabéticos. Por limitações várias, a Consulta de Enfermagem de

Apoio ao Utente Diabético existente, não respondia às mais recentes normas e directrizes nacionais. Os mais recentes estudos revelam números preocupantes relativamente à “disseminação” deste flagelo, aos seus custos directos e indirectos e à cada vez mais premente necessidade de intervir na prevenção quer da doença em si, quer das suas complicações.

A nível estratégico, a importância da intervenção na área da Diabetes é reconhecida no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008).

Perante estas premissas, iniciou-se um projecto de intervenção, que foi desenvolvido ao longo dos primeiros dois módulos de estágio. O decorrer desse estágio acabou por ser responsável pela intervenção realizada no terceiro módulo. A reorganização da consulta de enfermagem existente passou pela utilização de uma base de dados informática o SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. Os resultados obtidos e a necessidade sentida pelos enfermeiros, sobre a lacuna de formação e utilização do referido programa informático, permitiram que se definisse como projecto de intervenção do terceiro módulo, a formação de enfermeiros de referência para a utilização do programa SAPE.

Com este relatório pretende-se percorrer o caminho realizado ao longo do estágio, focando os aspectos mais importantes e fazendo um paralelo com as competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária que foram sendo desenvolvidas.

Como foram realizados dois projectos diferentes, optou-se por se apresentar cada um deles separadamente, pelo que, cada um corresponde a um capítulo do corpo do relatório.

No primeiro capítulo percorre-se o projecto de intervenção que focou o atendimento de enfermagem à pessoa diabética. Apresenta-se o local do estágio, e o diagnóstico de situação que permitiu estabelecer necessidades específicas de intervenção, para, após um enquadramento teórico, se implementar as estratégias e intervenções consideradas adequadas.

No segundo capítulo o caminho percorrido é semelhante, no entanto, o tema é diferente pois contempla o outro projecto desenvolvido. Apresenta-se o projecto de formação de enfermeiros de referência para a utilização de SAPE, percorrendo as suas diferentes fases, que foram sendo realizadas mediante metodologia de planeamento em saúde.

Embora os estágios sejam para desenvolvimento de competências profissionais do formando, neste caso, pretendeu-se também que os seus resultados fossem uma mais-valia para o local de estágio. Os temas abordados foram de acordo com necessidades sentidas, e as alterações propostas visaram a manutenção após o término desta etapa.

Focando a capacitação das pessoas para manterem comportamentos de auto-cuidado, este trabalho reflecte investimento na educação para a saúde e na formação de enfermeiros, tendo com vista à melhoria da prática de enfermagem.

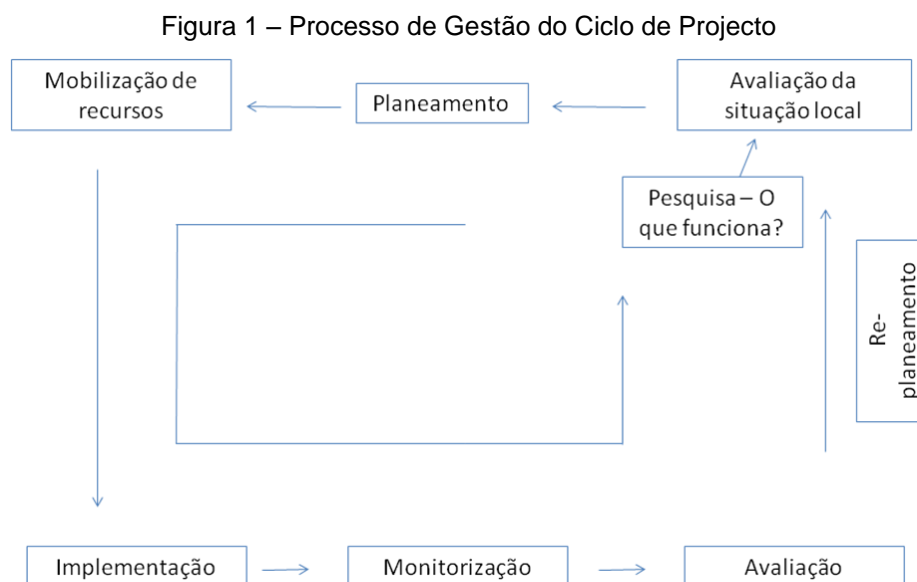
1. PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES

No presente capítulo percorre-se o projecto de intervenção que visou a reorganização da consulta de enfermagem à pessoa diabética da UCSP de Marvila. Para tal recorreu-se à metodologia de planeamento em saúde, reconhecida como uma competência do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária.

IMPERATORI citado por CUNHA FILHO e FERREIRA-BORGES (2008, p. 87) refere que:

“Um projecto é uma iniciativa ou conjunto de actividades com uma duração limitada desenvolvida de forma a criar um serviço único. São reunidos e canalizados vários recursos numa estrutura temporária de modo a alcançar um objectivo predeterminado, contribuindo para a execução de um programa.”

A figura 1 reflecte as diferentes fases de um projecto de intervenção. É de referir que ambos os projectos de intervenção realizados durante o estágio (capítulo 1 e capítulo 2), foram planeados e implementados mediante esta metodologia.



(Fonte: CUNHA FILHO e FERREIRA-BORGES, 2008, p.89)

O cronograma de estágio (ANEXO A) reflecte, no tempo, o trabalho realizado. Importa referir que as primeiras 180 horas, foram dedicadas ao diagnóstico de situação, que incluiu a caracterização da UCSP de Marvila (1.1) e da Consulta de Enfermagem de Apoio ao Utente Diabético (1.2). Paralelamente foi realizada pesquisa bibliográfica (1.3) e estágio de observação na APDP. Este foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento de

conhecimentos essenciais sobre a problemática da diabetes e a importância da actuação do enfermeiro especialista na estruturação de um atendimento mais adequado.

Finalmente, no ponto 1.4 deste capítulo estão relatadas as restantes fases do projecto, de uma forma descritiva.

1.1 A UCSP DE MARVILA

A UCSP de Marvila, pertencente ao ACES II – Lisboa Oriental, foi a seleccionada para o desenvolvimento do estágio, por pertencer ao mesmo agrupamento onde desempenha funções de Enfermeira. Através de colegas, foi-me indicado o Enfermeiro Orientador do estágio, pela sua formação como Especialista de Saúde Pública. De salientar, que este prontamente aceitou o pedido de orientação e se prontificou para ser um facilitador do processo de aprendizagem.

De uma forma breve, considera-se importante enquadrar o local de estágio nas políticas vigentes no país. A denominação de UCSP de Marvila é recente. Surge da reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários que introduziu os Agrupamentos dos Centros de Saúde e que foi publicada a 22 de Fevereiro de 2008, através do Decreto-Lei n.º 28/2008.

“O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.” (Decreto-Lei nº 28/2008 p. 1182)

Com a aprovação do referido Decreto-Lei, houve a pretensão de facilitar o acesso aos Cuidados de Saúde Primários, melhorar a gestão destes serviços e procurar ganhos em saúde. As alterações introduzidas implicaram uma reestruturação, que ainda hoje está a decorrer. Foram criados ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde, que são serviços públicos de saúde, com autonomia administrativa. Cada Centro de Saúde de cada ACES é constituído por várias unidades funcionais. Estas unidades podem ser Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados Continuados (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais ou Partilhados (URAP), entre outras, que possam vir a ser consideradas necessárias. Neste momento, o que se vive na realidade, é uma fase de transição em que, oralmente ainda se fala em Centros de Saúde, mas já estão em curso as alterações tendo em conta as novas orientações.

No mesmo Decreto-Lei está descrita a missão dos ACES, que é a, de garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica. No sentido de

cumprir esta missão, é pedido aos ACES que desenvolvam actividades de promoção da saúde e prevenção da doença; prestação de cuidados na doença; ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados; vigilância epidemiológica; investigação em saúde; controlo e avaliação dos resultados; e participação na formação dos profissionais.

Ao ACES II – Lisboa Oriental pertencem os Centros de Saúde de Marvila, São João, Olivais, Penha de França e Graça. Neste agrupamento existem: duas USF (USF dos Lóios e USF Monte Pedral); uma URAP (que, embora os seus recursos estejam ainda dispersos pelos diferentes locais, já tem coordenação) e uma USP (que também já está definida e organizada num espaço, nas instalações da UCSP de S. João). A particularidade desta USP é que não têm nenhum enfermeiro especialista. A UCC está em processo de formação.

No sentido de caracterizar o local de estágio foi realizada pesquisa em documentos internos do serviço. Estes são citados ao longo deste capítulo, mas, por não terem sido publicados não têm referência bibliográfica.

A UCSP de Marvila situa-se na Rua Dr. Estêvão de Vasconcelos, nº 56, na Freguesia de Marvila. O Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro determina que a função de uma UCSP é prestar cuidados personalizados, garantindo a sua acessibilidade, continuidade e globalidade.

As instalações são constituídas por um prédio adaptado às funções que nele decorrem. Este foi remodelado em 1998, têm 5 pisos de atendimento aos utentes nas diferentes áreas de intervenção em Cuidados de Saúde Primários, e um sexto de apoio aos funcionários. Para além deste prédio, existe ainda a extensão do Condado, na qual actualmente decorrem as actividades de Higiene Oral e onde está a ser implementada a UCC.

Marvila dispõem também de uma USF – USF dos Lóios.

Pelos dados do Instituto Nacional de Estatística (2001), a população residente em Marvila consistia em 38.767 habitantes o que corresponde a 7% da população residente no Conselho de Lisboa.

Marvila é confinada a sul pelo rio Tejo, e pelas freguesias de Alvalade, São João de Brito, Santa Maria dos Olivais, Beato e Alto Pina.

No documento interno intitulado “O Centro de Saúde de Marvila”, está descrita a caracterização do Centro de Saúde de Marvila, realizada em 2006. Neste documento pode ler-se que Marvila é região administrativa desde 1959, a sua superfície é de 630 hectares e é atravessada por 2 vales. Esta freguesia tem dois grandes parques urbanos; o Parque do Vale Fundão e o Parque da Bela Vista; e vários bairros, nomeadamente, Bairro dos Alfinetes, Bairro das Salgadas, Bairro dos Lóios, Bairro da Flamengo, Bairro do Armador, Bairro do Alfenim, Bairro Marquês de Abrantes, Bairro da Prodac/Vale Fundão, Olival, Bairro das Amendoeiras, Bairro do Condado e Poço do Bispo/Braço de Prata.

A população residente em Marvila é oriunda de todo o país e de todos os continentes do mundo, embora a sua génese seja, principalmente constituída por pessoas vindas da Beira Alta e do Alto Douro, que na altura vinham procurar trabalho nas grandes fábricas.

Segundo o INE (2001), a população de Marvila é dividida em 48,2% de Homens e 51,8% de Mulheres. Quanto aos grupos etários, 54,1% da população tem entre 25 e 65 anos e, acima

dos 65 anos estão 13,7% da população. Quanto à taxa de desemprego, esta chegava a 10,1% em 2001. Os dados apontam para uma taxa de analfabetismo de 10,17% (3556 pessoas) e de 58,2% de pessoas que terminaram o ensino básico completo. Quanto ao agregado familiar, os dados são apresentados por alojamento. Em Marvila vivem, em condições de alojamento superlotados, cerca de 22,1% da população.

Para dar resposta à população de Marvila, a UCSP é constituída por 18 médicos de saúde familiar, 1 médico pediatra, 17 enfermeiros, dos quais 4 prestam cuidados continuados (constituindo uma equipa fixa). Nesta Unidade funcional, 5 enfermeiros estão em regime de acumulação de funções, fazendo por isso horários reduzidos de 12 ou 19 horas. A Enfermeira-Chefe, encontra-se de baixa prolongada. Para além destes profissionais estão também a exercer funções nesta unidade 1 assistente social, 1 psicólogo, 11 administrativos, 2 telefonistas, 2 seguranças, auxiliares de acção médica,

Os elementos da equipa de enfermagem desempenham as funções trabalhando por programas, ou seja, 4 enfermeiros compõem a Equipa de Cuidados Continuados, e os restantes realizam funções nos programas de Saúde Materna, e Planeamento Familiar, Saúde Infantil, Sala de Tratamentos, Injectáveis, Vacinação, Consultas de Apoio ao Utente Diabético e ao Utente com Risco/Doença Cardiovascular e PIESMIPF. Pela informação fornecida pelo enfermeiro orientador, é sempre tentado que os elementos executem funções no programa que “mais gostem e para o qual estejam mais qualificados”. De referir ainda que existem 3 enfermeiros especialistas a exercer funções actualmente na unidade funcional, sendo um dos quais o enfermeiro coordenador, e duas enfermeiras especialistas de reabilitação. A UCSP de Marvila dá resposta a 41 519 utentes (inscritos em SINUS a 30/06/2008).

No sentido de melhorar a prestação de cuidados de saúde, a UCSP de Marvila mantém articulação com diversas entidades públicas e privadas da freguesia de Marvila (dados recolhidos em documentos internos).

A articulação faz-se, entre outros, com o Hospital de São José, o Hospital Dona Estefânia, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, assim como com um conjunto de outras entidades como a Junta de Freguesia, Câmara Municipal de Lisboa e muitas outras entidades privadas de apoio a crianças, idosos e grupos e associações de utentes e cidadãos.

Na freguesia existe ainda uma rede de escolas, constituída por 17 escolas:

5 Jardins-de-infância (1,2,3,4,5)

7 Escolas do ensino básico do 1º ciclo Escola EB1 (9,53,54,117,187,193,195)

2 Escolas 2+3 (de Marvila e escola 2,3 Damião Góis)

3 Escolas secundárias (escola sec. d. Dinis, escola Vitorino Nemésio, escola Afonso Domingues)

1.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM

O primeiro contacto com a UCSP de Marvila foi no dia 06 de Abril de 2010, dia em que se realizou a reunião prévia ao estágio com o enfermeiro orientador.

Nesta reunião, mesmo sem ter dados concretos, o apoio de enfermagem ao utente diabético, foi descrito como a área prioritária para a intervenção.

A Consulta de Enfermagem de Apoio ao Utente Diabético existia, mas necessitava de ser reorganizada, em função de novas directrizes nacionais e internacionais. Perante os factos apresentados anteriormente, considerou-se fundamental, para o diagnóstico de situação, a caracterização da consulta existente.

Os métodos de recolha de dados seleccionados para, estabelecer a caracterização e o diagnóstico de situação foram: a análise de documentos internos da unidade; a elaboração de grelhas de colheitas de dados referentes ao ano de 2009 e a observação participante de consultas. Pretendeu-se assim manter uma metodologia científica, utilizando como referência bibliográfica o trabalho desenvolvido e publicado por Fortin (1999).

É importante referir que, para facilitar a leitura dos resultados da grelha mestra referente aos dados colhidos nos processos dos utentes activos em 2009, foi elaborada uma tabela síntese que pode ser consultada no ANEXO B.

A 18 de Maio de 2010 estavam identificados 1613 utentes diabéticos da UCSP de Marvila (dados recolhidos no programa informático SINUS). Este valor é contabilizado pelo número de Guias do Diabético activos na UCSP de Marvila. Assim, e tendo em conta o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2011), reportando-se aos factos e números de 2010, onde se pode ler que existe uma prevalência de diabetes não diagnosticada de 5,4%, é possível inferir que o número de utentes diabéticos seja superior aos já identificados, podendo ascender a mais de 2000 utentes.

No documento interno “O Centro de Saúde de Marvila”, está descrito que a consulta de enfermagem de apoio ao utente diabético, teve início em Março de 2000 e tinha como finalidade realizar os ensinamentos aos utentes sobre as diversas áreas da diabetes, para que o utente sentisse a responsabilidade pela evolução da sua doença, prevenção de possíveis complicações, e tenha consciência do tratamento efectuado e consequências dos diferentes erros. O objectivo desta consulta era *“tornar o diabético o mais autónomo possível no controlo e vigilância da sua doença, permitindo desta forma ter uma vida o mais independente possível”*. As actividades desenvolvidas eram: ensino sobre: alimentação, cuidados aos pés, doença e seu tratamento, utilização de dispositivos de avaliação de glicemia capilar e da tensão arterial, administração de insulina e gestão de terapêutica anti-diabética oral.

Em complemento, existe a Consulta de Enfermagem de Podologia com os objectivos de prevenir as complicações da Diabetes Mellitus e prevenir o agravamento das lesões do pé no diabético.

Outro documento interno consultado foi o relatório “Avaliação da Consulta de Enfermagem ao Utente Diabético e ao Utente com Risco/Patologia Cardiovascular de 2006” pode ler-se que esta consulta era inicialmente desenvolvida 2 dias por semana (14 horas), mas, por restrição de recursos humanos, tem vindo a ser reduzida. Actualmente realiza-se às quintas-feiras das 9 às 13 horas. A consulta de podologia é realizada nas terceiras quintas-feiras de cada mês.

No âmbito da reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários, enfermeiros das diferentes unidades funcionais do ACES II, realizaram em 2009, um relatório no sentido de uniformizar o acompanhamento ao utente diabético. Para tal foi feito o diagnóstico da situação e foram apresentados à Direcção Executiva os aspectos a melhorar.

Relativamente à UCSP de Marvila, está descrito no mesmo relatório que, em Fevereiro de 2009 estavam inscritos em SINUS 1260 utentes diabéticos. No entanto, os dados apresentados reportam-se a 2008. Nesse ano foram efectuadas 597 Consultas de Enfermagem de Apoio ao Utente Diabético, sendo que 70 foram primeiras consultas. Foram também realizadas 144 consultas de podologia. A maioria dos utentes que recorreram à consulta tinha mais de 65 anos. Estes dados, são retirados de folhas estatísticas, que são muito restritivas, por exemplo, não permitem identificar o número de consultas por utente, e não são específicos da consulta. Outro exemplo é que um utente diabético que recorra à sala de tratamentos e lhe seja avaliada a glicemia capilar é incluído nesta estatística, motivo pelo qual, estes dados não correspondem aos que foram colhidos nos processos dos utentes.

Relativamente à consulta de processos de enfermagem dos utentes, optou-se por recolher dados referentes ao ano de 2009, abrangendo todos os processos arquivados no ficheiro referente ao ano de 2009.

A Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética decorreu em 2009, às quintas-feiras das 9 horas às 13 horas, sendo normalmente programados 30 minutos para cada consulta. Importa aqui referir que nesse mesmo horário eram também realizadas as Consultas de Enfermagem de Apoio ao Utente com Risco/Doença Cardiovascular. Em 2009 não foram efectuadas consultas nos meses de Julho e Agosto por falta de recursos humanos.

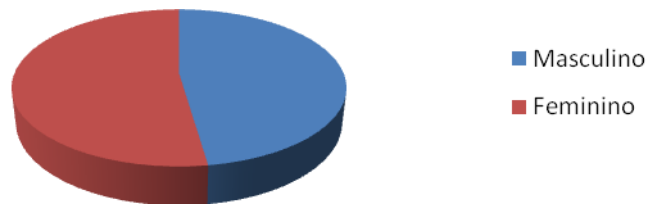
A consulta era assegurada semanalmente por uma enfermeira que não era fixa, pois, devido a limitados recursos humanos, não era possível haver uma equipa fixa. A enfermeira responsável durante esse ano era também responsável pela podologia.

Os registos de enfermagem eram efectuados em folha própria, que, embora contemplasse vários campos, constatou que muitos não estavam preenchidos, o que se denota nos dados seguidamente apresentados e que se encontram sintetizados no ANEXO B.

No ficheiro de 2009 estavam activos 65 processos de utentes, dos quais 31 (47,7%) eram do género masculino e 34 (52,3%) do género feminino (Gráfico 1).

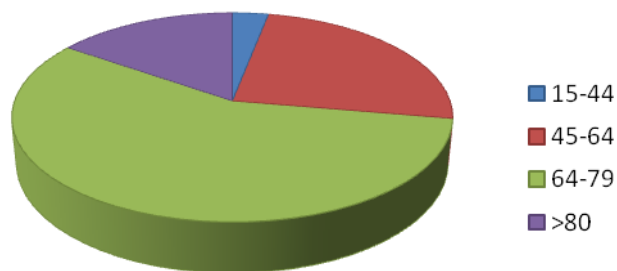
Analisando este dado e comparando-o ao número de diabéticos já diagnosticados na unidade (1613) percebe-se que somente foram acompanhados em consulta formal de enfermagem cerca de 4% dos utentes diabéticos.

Gráfico 1- Utentes Distribuídos por Género



Relativamente aos grupos etários dos utentes, destaca-se o facto de que são maioritariamente idosos, como se pode ver no Gráfico 2. 97% Dos utentes tem mais de 45 anos, e destes, 10 têm mais de 80 anos, sendo a maior fatia (37 utentes) referente aos utentes entre os 65 e os 79 anos. Estes dados vem de encontro ao que é descrito por CANDEIAS et al (2008) que referem que a incidência e prevalência de Diabetes no mundo é variável, mas o grupo etário acima dos 45 anos é o que regista maior prevalência deste flagelo.

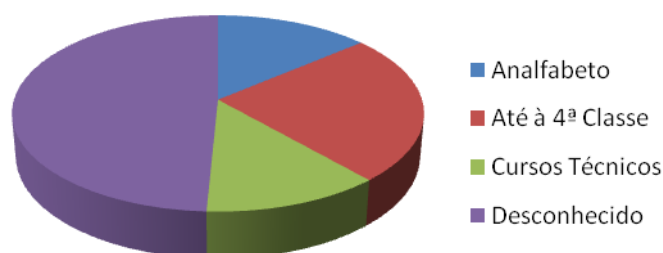
Gráfico 2 - Utentes Distribuídos por Grupos Etários



Outro dado colhido na consulta é o nível de escolaridade. Neste campo, 32 utentes não apresentavam qualquer registo. No entanto ressalva-se que, dos utentes com dados registados, 9 eram analfabetos e 16 tinham um baixo nível de escolaridade (primeiro ciclo completo ou incompleto), o que pode estar associado com os grupos etários acima referidos. Segundo o INE (2001) Marvila apresentava em 2001 uma taxa de analfabetismo de 10.17%. CANDEIAS et al (2008), apontam este dado como importante na estruturação de uma consulta, no sentido de ser uma estratégia pois,

“...adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural do doente, tendo em conta as características de grupos potencialmente vulneráveis como, por exemplo, pessoas em situação de exclusão social, pessoas pouco diferenciadas na linguagem ou compreensão ou pessoas com patologia psiquiátrica” (CANDEIAS, et al, 2008, p. 15).

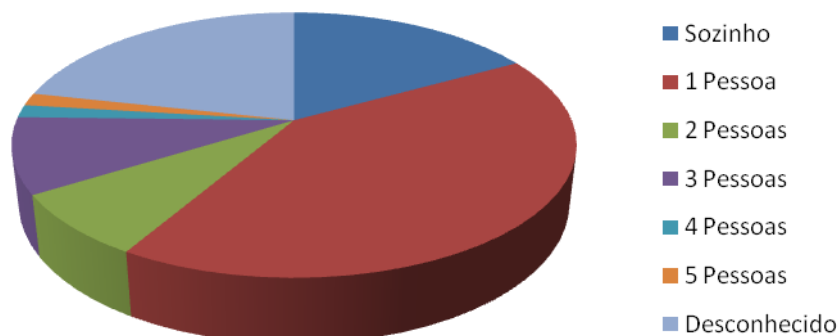
Gráfico 3- Utentes Distribuídos por Escolaridade



A maioria dos utentes é caucasiana reformada.

Relativamente ao agregado familiar, mais uma vez se denota a falta de preenchimento dos dados, pois, 14 utentes não tinham qualquer referência neste campo. De qualquer modo, há que referir que pelo menos 11 utentes viviam sozinhos e 27 só com um acompanhante, normalmente o cônjuge. Os dados apresentados pelo INE (2001) apontavam para que, em Marvila 7.3% correspondem a famílias unipessoais com mais de 65 anos e 15,2% a famílias unipessoais no total. Na amostra recolhida, este valor acendia aos cerca de 21,6%.

Gráfico 4- Utentes distribuídos por agregado familiar (vive com)



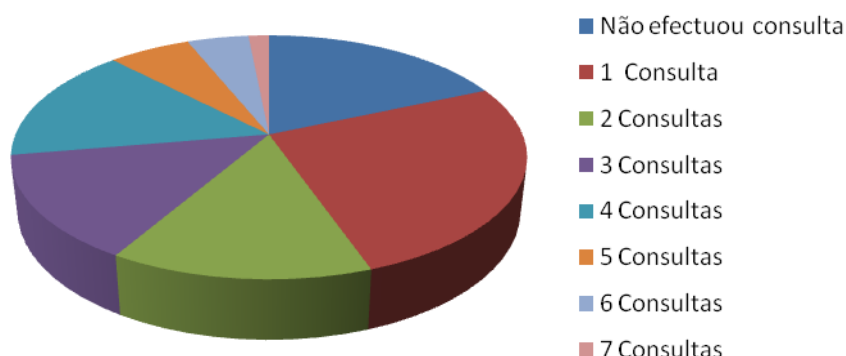
Dos 65 utentes com processo no ficheiro de 2009, 12 (18,5%) não tiveram nenhuma consulta de enfermagem à pessoa diabetes. Este dado mereceu reflexão sobre a marcação de consultas de seguimento.

Nesse ano tiveram acesso à primeira consulta de enfermagem à pessoa diabética, 25 utentes (38,5%).

Foram realizadas 147 consultas a 53 utentes, o que perfaz uma média de 2,8 consultas por utente. No entanto, o gráfico seguinte demonstra que as consultas variaram de 1 a 7 ao ano, que denota uma grande falta de equidade no acesso. Para este facto podem contribuir dois factos importantes que são: a forma como os utentes são referenciados (ANEXO IV), ou seja, normalmente estes são encaminhados pelos médicos de família e são os médicos que, nas guias de tratamento, descrevem a periodicidade com que a consulta deve ser realizada (podendo ser semanal, mensal ou trimestral); e, a falta de recursos humanos de enfermagem

contribuiu também para esta discrepância, pois, muitos foram os períodos em que não se realizou a consulta (por exemplo, nos períodos de férias).

Gráfico 5- Distribuição dos Utentes pelo Número de Consultas Efectuadas



Outro dado importante é que, dos 65 utentes da Consulta de Enfermagem de Apoio ao Utente Diabético, 17 (26%) frequentaram os cuidados podológicos.

Dos utentes com dados registados, 42 tomam terapêutica anti-diabética oral, 4 auto-administram insulina e 2 utentes controlam a sua diabetes através de comportamentos de vida saudáveis (nomeadamente a dieta).

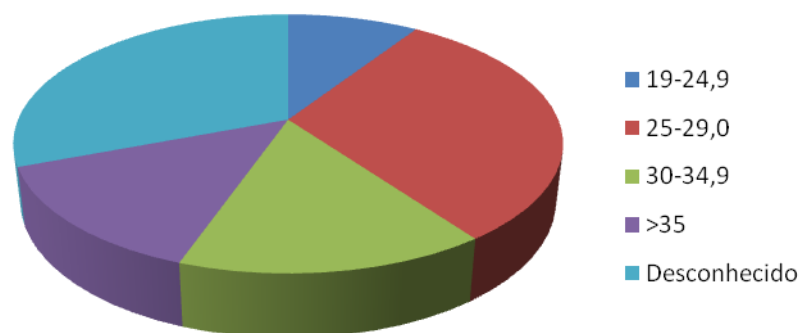
CANDEIAS et al (2009, p13) referem as metas preventivas e terapêuticas orientadoras na diabetes, e é por essas que será feita a apresentação e análise dos seguintes dados. Importa referir que a avaliação é feita com médias para facilitar a análise dos mesmos.

Relativamente à glicemia capilar, foram avaliados 51 utentes ao longo do ano. Uma avaliação pós-prandial tem como meta o valor inferior a 140 mg/dl. Os dados (ANEXO B) revelam que 18 utentes atingiram esta meta, mas 33 (64,7%) estão ainda acima deste valor.

Quanto aos valores de Tensão Arterial são aconselhados valores inferiores a 130/80 mmHg. Neste campo, 16 utentes atingiram a meta e 34 (66,7%) mantêm valores que constituem risco acrescido para a sua saúde.

Relativamente ao índice de massa corporal, os dados recolhidos permitem fazer uma avaliação de 45 utentes. É necessário referir que destes, só 6 utentes têm um índice de massa corporal inferior a 25, sendo esta a meta apontada no Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes, é importante referir que 86,7% dos utentes têm risco acrescido por apresentarem IMC superior a 25.

Gráfico 6- Distribuição dos utentes por Índice de Massa Corporal



No mesmo programa nacional, estão descritas outras metas, como é o exemplo do perímetro da cintura, mas não existem dados para serem apresentados, pois este dado não era contemplado na folha de registos.

De referir também a auto-vigilância. Mais uma vez, os dados recolhidos não reflectem a totalidade dos utentes pois só é conhecido que 31 (47,7%) utentes fazem auto-vigilância e 4 (6,1%) não fazem auto-vigilância, dos restantes 30 (46,2%) nada se conhece relativamente a este dado.

Para completar o diagnóstico de situação procedeu-se à observação participante em consultas (ANEXO C) e de uma forma geral foi observado que:

- A folha de colheita de dados e registo de cuidados de enfermagem estava incompleta, relativamente às recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes de 2008;

- Os dados não eram correctamente registados, existindo campos sem qualquer preenchimento;

- Os profissionais de enfermagem, face à falta de auto-cuidado e auto-vigilância dos utentes, acabavam por se desmotivar;

- A maioria dos utentes apenas vinha à consulta para avaliar a tensão arterial e a glicemia capilar. Os ensinamentos, eram feitos muitas vezes entre as avaliações dos dados analíticos e antropométricos, para se tentar obter a atenção dos utentes, que, mesmo assim, desvalorizavam, na sua grande maioria, os ensinamentos realizados;

- Para material de apoio às consultas são reservadas algumas prateleiras de um armário, que visivelmente não é suficiente para armazenar o material didáctico e os dispositivos (glucómetros e canetas de insulina) necessários à consulta. Este material não estava organizado nem contabilizado.

Perante tudo isto era perceptível a necessidade de reorganizar o atendimento de enfermagem ao utente diabético. De uma forma resumida, apresentam-se de seguida os problemas identificados com o diagnóstico de situação.

- ✘ Reduzida abrangência de utentes;
- ✘ Inexistência de um protocolo de acompanhamento de enfermagem, pelo que existem utentes com um acompanhamento crónico e pouco efectivo.

- ✘ Lacunas nas folhas de registos e falta de adequação da mesma às directrizes do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes de 2008;
- ✘ Registos incompletos;
- ✘ Falta de recursos de enfermagem;
- ✘ Desmotivação dos profissionais de enfermagem face à falta de auto-controlo e auto-vigilância dos utentes
- ✘ Crenças dos utentes erradas em relação ao objectivo da consulta;
- ✘ Valores analíticos avaliados (glicemia, tensão arterial e IMC) apontam para mais de 60% de utentes com risco efectivo de desenvolverem complicações;
- ✘ Inexistência de manual de boas práticas actualizado, com fundamentação teórica e pontos-chave das consultas;
- ✘ Inexistência de gestão de stocks de material de apoio à consulta;
- ✘ Existe um padrão de recorrência no acesso à consulta, não permitindo a rentabilização de recursos nem a autonomia dos utentes.

1.3 O PROCESSO DE AUTONOMIA DA PESSOA DIABÉTICA

Paralelamente ao diagnóstico de situação foi sendo realizada pesquisa bibliográfica.

Antes do início do estágio, a Diabetes não era um tema que suscitasse interesse pessoal, motivo pelo qual houve a necessidade de adquirir e desenvolver conhecimentos sobre a doença em si, e sobre a actuação do enfermeiro na prevenção e controlo da mesma.

As revisões da literatura permitem conhecer o percurso da investigação efectuada (CUNHA FILHO e FERREIRA-BORGES, 2008, p. 90). Partir das necessidades e problemas identificados é fundamental no planeamento em saúde, mas deve ser complementado pelo conhecimento que já se produziu sobre o tema a abordar.

Foi também realizado um estágio de observação de 3 dias na APDP, por este ser reconhecido como um centro de referência na área da diabetes.

Pretende-se assim, neste subcapítulo apresentar, de uma forma resumida, o enquadramento teórico do projecto de intervenção proposto.

1.3.1 Epidemiologia da Diabetes

A Diabetes, identificada no século II antes de Cristo na Grécia antiga, obtém o seu nome pela analogia a um aqueduto ou sifão, devido à polidipsia e à poliúria (DUARTE et al, 2002). Desde então, vários são os registos deixados ao longo dos séculos sobre esta doença. BILOUS

(2004) refere que o nome completo deste problema de saúde é DIABETES MELLITUS, que é a conjugação das palavras gregas que significam sifão e açúcar.

A diabetes resulta de uma deficiente capacidade de utilização da glucose pelo organismo (BOAVIDA, et al, 2005). DUARTE et al (2002), refere também que esta doença se caracteriza por uma hiperglicemia persistente.

Esta hiperglicemia deve-se à falta de insulina ou à resistência à sua acção (DUARTE et al , 2002). Isto explica-se, pois é a insulina a responsável para que a glucose possa ser utilizada pelos diferentes tecidos e órgãos do corpo, ou seja, se a glucose não é utilizada, fica acumulada no sangue, sendo expelida pela urina (BOAVIDA, et al, 2005).

O mecanismo de acção da insulina é complexo e cíclico (DUARTE et al, 2002). Esta é uma hormona produzida nas células B dos ilhéus de Langerhans do pâncreas. Assim sendo, a falta de insulina, devido a lesões nas células B, é uma das etiologias da diabetes, e caracteriza a diabetes tipo 1 ou insulinoarente (DUARTE et al, 2002). Por outro lado, quando não há qualquer problema com a produção de insulina, e existe hiperglicemia, esta está ligada à resistência à acção da insulina e aos hábitos alimentares. Esta é a característica específica da diabetes tipo 2 ou não insulinoarente (idem).

Os mesmos autores referem que, independentemente do tipo de diabetes, todas têm uma componente genética, embora esta seja mais notória na diabetes tipo 2.

BOAVIDA, et al (2005) referem, para além destes dois tipos de diabetes, a existência de outros tipos desta doença, e dão como exemplo a diabetes tipo MODY, característica de adultos jovens, adolescentes e crianças, e prende-se com mutações genéticas que provocam alteração da tolerância à glucose (sintomatologia e características da diabetes tipo 2). Outros exemplos são ainda a diabetes resultante de cancros, pancreatites, a diabetes gestacional. sendo tipos de diabetes mais raros.

Todos os autores consultados apontam a diabetes tipo 2 como a mais frequente. BOAVIDA et al (2005) refere que 90% das pessoas diabéticas são do tipo 2.

A diabetes tipo 2, a mais presente na população mundial, é também conhecida por não insulinoarente ou não insulino dependente. BOAVIDA et al (2005), reforçam que este tipo de diabetes tem uma grande componente genética, ou seja, os indivíduos herdaram a tendência para desenvolver diabetes. A este factor predisponente, juntam-se hábitos de vida e comportamentos alimentares desadequados, assim como o stress, a obesidade, de predominância abdominal, o sedentarismo, as dislipidémias e a hipertensão arterial. Ou seja, embora o organismo seja capaz de produzir insulina, todos os factores atrás descritos, acabam por tornar o organismo resistente à acção dela, fazendo uma sobrecarga pancreática, que, tenta responder a tão grande necessidade de insulina, que acaba por deixar de ser suficiente, ficando a pessoa diabética (BOAVIDA, et al, 2005).

Já DUARTE et al (2002), afirmam que a diabetes tipo 2 é caracterizada fundamentalmente pela resistência à insulina e obesidade, pelo que entre estes, se cria um ciclo vicioso. Estes autores consideram que, os factores predisponentes ou causas deste tipo de diabetes, são vários e podem ser agrupados em três grandes grupos, nomeadamente:

“- Produção de insulina anormal pelas células B (molécula da insulina anormal ou conversão incompleta da pró-insulina em insulina)

- Antagonistas circulantes da insulina (aumento das hormonas da contra-regulação: glucagina, catecolaminas, cortisol, hormona de crescimento, entre outras; presença de anticorpos anti-insulina ou produção de anticorpos anti-receptor da insulina)

- Defeitos na célula-alvo (no receptor ou defeito pós-receptor)” (DUARTE et al, 2002, p. 19 e 20).

DUARTE et al (2002) referem que, na diabetes tipo 1, insulinoarente ou insulino dependente, os mecanismos que conduzem à destruição das células B, e por conseguinte à falha na produção da insulina, não são ainda completamente compreendidos. No entanto, os autores referem que poderão ser vírus ou tóxicos, os determinantes para um processo auto-imune das células B, levando à sua destruição. Quando cerca de 80% das células B são destruídas desenvolve-se a diabetes.

BOAVIDA et al (2005) também ao descrever a diabetes tipo 1, afirmam que esta não chega a 10% de todos os casos de pessoas com diabetes. Atinge na maioria das vezes, crianças ou jovens, mas, pode surgir em qualquer fase da vida. Os autores corroboram que ainda não estão totalmente conhecidas as causas deste tipo de diabetes, mas que esta pode estar ligada ao sistema imunitário que ataca e destrói as próprias células B.

Neste sentido, estas pessoas precisam de terapêutica com insulina para toda a vida pois o pâncreas deixa de a fabricar (idem).

A diabetes gestacional, não sendo alvo deste trabalho, é aqui referida pela sua especificidade. Surge em grávidas, não diabéticas antes da gravidez, e, normalmente desaparece no final da mesma. No entanto, quase metade das grávidas diabéticas acaba por desenvolver posteriormente diabetes tipo 2. BOAVIDA et al (2005) referem ainda que, uma em cada vinte grávidas desenvolve diabetes gestacional. É fundamental o rastreio da diabetes durante a gravidez, pois não controlada, pode causar graves danos à mãe e ao feto.

As consequências da diabetes, podem ser imediatas (agudas), ou tardias. As consequências imediatas podem estar ligadas à hipoglicémia ou a hiperglicémia, enquanto que, as consequências tardias estão relacionadas com o descontrolo glicémico (hiperglicemia mantida).

A hipoglicémia é, como o nome indica, uma baixa de açúcar no sangue. BILOUS (2004) afirma que uma pessoa saudável, não tem valores inferiores a 60 mg/dl de glicemia no sangue, pois, o organismo controla a descida do valor, produzindo menos insulina, e libertando outras hormonas, como por exemplo o glucagon que fazem aumentar os níveis de glicemia no sangue. Uma pessoa diabética, tendo estes mecanismos alterados, e ao utilizar antidiabéticos orais ou insulina, corre o risco de desenvolver uma hipoglicemia.

DUARTE et al (2002) referem que a hipoglicémia é definida pela tríade de Whipple:

- sintomas de hipoglicémia;
- glicemia menor ou igual a 50 mg/dl;
- desaparecimento dos sintomas com a administração de glucose.

Etiologicamente a hipoglicemia pode ter várias causas, como: fisiológicas (jejum prolongado, gravidez, exercício), causas iatrogénicas (reação à insulina, entre outras) e espontâneas patológicas (doença hepática grave, alcoolismo, endocrinopatias, entre outras). (idem)

Os sinais e sintomas apontados por DUARTE, et al (2002) são vários. Inicialmente como reação geral e circulatória, a pessoa sente apetite súbito, sudorese ligeira que vai aumentando, perda de força, tremor, excitação, fome intensa, palpitações e taquicardia. O risco de uma hipoglicémia arrastada é que a carência de glicose atinja o cérebro e a pessoa entre em sofrimento cerebral, que tem sintomas também delineados: confusão, cefaleias, dificuldade do raciocínio, bocejos repetidos, apatia, disfasia, enjoos, vômitos, alterações de humor, formigueiros, visão dupla, comportamento ébrio, convulsões e coma.

Para além da hipoglicemia, também a hiperglicemia pode trazer complicações imediatas, nomeadamente a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicémica. Para DUARTE et al (2002), o início do uso da insulina e o controlo apertado da pessoa diabética, fez com que a morte por cetoacidose diabética fosse reduzida, embora a incidência desta complicação não tenha ainda seguido a mesma tendência. O quadro de cetoacidose diabética é percebido pela pessoa, através de sintomas como: náuseas, astenia, mal-estar geral, cansaço fácil, anorexia e, progressivamente, à medida que a complicação se desenvolve, surgem vômitos, hálito cetónico, desidratação moderada, e hiperpneia, degradação da consciência, coma, choque e morte. Já a síndrome hiperosmolar hiperglicémica, tem um desenvolvimento que passa pela desidratação, pela degradação do nível de consciência, pela glicemia muito elevada (acima dos 900 mg/dl) sem cetose significativa, pelo choque, coma e morte. (idem)

DUARTE et al (2002) refere que seja qual for o tipo de diabetes presente na pessoa, quando a hiperglicemia se mantém, esta desencadeia processos lesivos em determinados órgãos e tecidos. Estes processos lesivos são considerados as complicações crónicas ou tardias da diabetes, e podem ser de ordem vascular e não vascular. Nomeadamente, os de ordem vascular podem ser microangiopatia (nefropatia, retinopatia, neuropatia) e macroangiopatia (aterosclerose); os de ordem não vascular, podem ser as neuropatias e as cataratas entre outros.

Estas complicações podem afectar variados órgãos, como é o caso dos olhos. DUARTE et al (2002) afirmam que existe um grave problema de saúde pública que se relaciona com a perda de capacidade visual devido à diabetes. A diabetes manifesta-se nos olhos através de retinopatia diabética, cataratas, glaucoma, neuropatia e alterações transitórias da refração; sendo a retinopatia a causa de mais de 80% dos casos de cegueira e que esta se pode instalar 4 a 7 anos após o diagnóstico de diabetes.

DUARTE et al (2002), referem que, outro órgão que frequentemente sofre complicações diabéticas, é o rim. A nefropatia diabética é a causa mais frequente de insuficiência renal crónica terminal, e cerca de 30 a 40% das pessoas diabéticas insulino-dependentes acabam por desenvolver esta complicação. No entanto, os autores ressaltam que a nefropatia diabética

necessita de 2 ou mais factores de risco, entre eles a hiperglicémia, os factores genéticos, a hipertensão e o tabagismo.

O atingimento do coração passa pela macroangiopatia diabética (aterosclerose coronária) e pela neuropatia diabética autónoma cardíaca. DUARTE et al (2002) reconhecem a importância desta complicação, referindo que em Portugal, se calcula que 60% das pessoas diabéticas morrem por doença coronária. Também para esta complicação da diabetes, existem factores associados, como, a obesidade, as dislipidemias, o aumento da viscosidade do sangue e alterações das plaquetas e eritrócitos.

O pé é outro órgão onde podem surgir complicações. DUARTE et al (2002) referem que estas complicações podem surgir por isquemia ou por neuropatia.

Os sinais de isquemia apontados pelos autores são: claudicação intermitente, dor muscular (gémios) que surge com o exercício e diminui em repouso (quando há dor em repouso a isquemia é grave). Existe rarefação pilosa, onicogribose, palidez, diminuição da temperatura, atrofia muscular, ausência de pulsos, agravamento da isquemia com o elevamento do pé, necroses resultantes de pequenos traumatismos.

Já na neuropatia os sinais são a sensação de dormência, picada, ardor na planta do pé, dor cutânea (rara), pele seca, calosidades plantares, pé de Charcot, pé quente, lesões indolores, pulsos presentes, diminuição bilateral da sensibilidade e diminuição ou ausência de reflexos aquilianos (idem). No Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes (2011) pode ler-se que no ano de 2010, só na região de Lisboa e Vale do Tejo, foram registados 873 doentes internados por Pé Diabético, dos quais, 406 sofreram amputações minor e 313 amputações major.

Outros órgãos e tecidos podem sofrer com as complicações da diabetes. Estes dados revelam o quão importante é actuar na prevenção e controlo da diabetes, pois, todas estas complicações podem ser reduzidas, retardadas ou mesmo eliminadas.

O mundo está a enfrentar um aumento massivo nos níveis de morte e incapacidade resultantes da doença crónica (ICN, 2010)

O mesmo autor, refere que a OMS em 2002 definiu a doença crónica como sendo de duração prolongada e progressão lenta, constituindo um problema de saúde que exige tratamento contínuo ao longo de anos ou décadas. Para ICN (2010) as doenças crónicas, nomeadamente a diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e alguns tipos de cancro, constituem uma verdadeira ameaça à saúde dos seres humanos.

Os dados apresentados no mesmo documento são claros quanto a relevância negativa que estes problemas de saúde trazem à humanidade. Relativamente à diabetes são apresentados números que falam por si só. Por exemplo, é referido que a diabetes afecta 246 milhões de pessoas e prevê-se que este número aumente até aos 380 milhões em 2025 em todo o mundo. A cada 10 segundos morre uma pessoa devido a diabetes e causas relacionadas com este problema de saúde. A diabetes é a quarta principal causa de morte por doença a nível mundial. No Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (p.37) está descrito que:

“as doenças do metabolismo são um problema de saúde pública, pela elevada incidência e prevalência que apresentam actualmente, nomeadamente a diabetes e a obesidade, que merecem uma abordagem particular. “

Perante esta premissa, percebe-se a importância de intervir neste problema de saúde, sendo que, no mesmo documento se afirma que a morte por Diabetes Mellitus registou um importante acréscimo na década anterior à redacção do referido documento

Existe em Portugal um Programa Nacional de Controlo da Diabetes, desde a década de setenta do século XX. A sua última actualização foi efectuada em 2008 (CANDEIAS, 2008). Neste documento pode ler-se as estratégias nacionais para prevenção e controlo da diabetes em vigor.

No documento referido no parágrafo anterior, está descrito que a incidência da diabetes tipo 1 e 2 tem vindo a aumentar, e que, para esta realidade têm contribuído factores como a obesidade e o sedentarismo. Apresentam-se ainda estudos que demonstram que em Portugal, na década de 90 do século XX a incidência de diabetes tipo 1 se situava entre os 5 e os 9.9 casos por 100000 habitantes/ano. Relativamente a estudos de prevalência, estes não são representativos da população portuguesa, mas que, segundo a IDF, se estima que, devido a uma tendência crescente da prevalência da diabetes, está será de 9,8% em 2025, comparativamente à estimada de 2007 que era de 8,2%. (CANDEIAS, 2008).

Continuando a análise do referido documento, e relativamente a internamento por cetoacidose, os dados apontam para um número de episódios inferior ao esperado, o que reflecte uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde dos utentes diabéticos.

ICN (2010) afirma que até 80% dos casos de diabetes tipo 2 são preveníveis através da adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

O estudo “Prevenção da Diabetes Mellitus tipo 2 por alterações no estilo de vida entre sujeitos com tolerância reduzida à glucose” publicado em 2001 traz importantes contributos no sentido de realçar a importância da prevenção primária da diabetes. Este estudo, embora tenha sido realizado para a população americana, permitiu que fosse clarificado que a diabetes tipo 2 pode ser evitada através da alteração de estilos de vida. Para atingir estes resultados, os autores do estudo organizaram dois grupos que foram avaliados ao longo de 1 ano. Ao grupo experimental foi aplicado ensino específico para a alteração de hábitos de vida. Ao fim de 1 ano pôde concluir-se que a incidência da diabetes foi reduzida em 58%. Importa aqui referir que este estudo foi realizado em pessoas com elevado risco pois, para além da intolerância à glicose estes eram também obesos (TUOMILEHTO, 2001). Para o projecto desenvolvido, este estudo foi importante na medida em que acaba por ser um contributo para a fundamentação da intervenção em pessoas diabéticas pois, a mudança de hábitos de vida é fundamental para evitar ou adiar complicações da doença, no caso desta já estar instalada, ou para evitar o seu início em utentes com reduzida tolerância à glicose.

SAARISTO et al (2007) acrescenta ainda que a diabetes tipo 2 é uma das doenças crónicas que mais facilmente podem ser prevenidas em todo o mundo. Para os autores, existe um longo período assintomático pré-diabético, de intolerância à glicose.

Entre Janeiro de 2008 e Janeiro de 2009, foi desenvolvido o Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal – PREVDIAB em 2009, publicado pela SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABÉTOLOGIA. O objectivo do referido estudo era determinar a prevalência de diabetes tipo 2, da anomalia da glicemia em jejum (AGJ) e da tolerância diminuída à glucose (TDG), na população entre os 20 e 79 anos. Os resultados apontam para uma percentagem de 11,7% de pessoas diabéticas, e destes, 5,1% não estão diagnosticados. Relativamente à pré-diabetes, caracterizada pela TDG e a AGJ alteradas, os dados apontam para 23,2% da população portuguesa ser pré-diabética.

Intervir é, perante tudo isto, fundamental. Evitar a diabetes ou atrasar as suas complicações é, sem dúvida, um desafio.

1.3.2 A Intervenção da Equipa Educadora

Os dados apresentados no subcapítulo anterior apontam para a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde na prevenção e controlo deste flagelo.

“A melhor maneira e a menos prejudicial para o organismo, de impedir ou atrasar as complicações crónicas, é controlar a glicemia, pois não restam dúvidas que é esta a maior responsável por esses processos, patológicos, assim como pelas alterações fetais que se verificam na gestação de mulheres diabéticas.” (DUARTE et al, 2002, p. 23)

A Diabetes Mellitus é reconhecida por todos como um grave problema de saúde pública, que envolve custos sociais e económicos. Estes estão associados com a morbilidade e mortalidade aumentadas, assim como com as despesas de vigilância e terapêutica crónicas (DUARTE et al, 2002) Os custos directos da diabetes são a medicação, o material de auto-vigilância, as consultas, os internamentos; e os custos indirectos, são a diminuição de produtividade da pessoa (aquando de incapacidade temporária ou definitiva) e a redução do tempo de vida.

ICN (2010 p. 18) afirma que *“as doenças crónicas impõem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, impedem que os indivíduos e as comunidades atinjam o seu potencial e roubam às pessoas o seu futuro.”*

No mesmo documento está também descrito que, em todo o mundo, se gastam quantidades exorbitantes de dinheiro a tratar a doença crónica e as suas complicações, mas, o investimento na **prevenção** é ainda bastante reduzido. Aponta como exemplo os 3% de gastos de saúde que vão para a prevenção, nos países da OCDE.

O investimento deve então passar pela prevenção, através da educação para comportamentos de vida saudáveis.

A diabetes, como doença crónica, tem sido alvo de vários estudos. A procura de terapêutica eficaz, capaz de impedir ou atrasar complicações tardias, tem sido árdua, mas, para já ainda não foram encontrados resultados desejáveis.

CORREIA et al (2009) afirmam que o primeiro passo no tratamento da diabetes, é a alteração do estilo de vida, que conduz à diabetes. As alterações para uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico, na diabetes tipo 2 podem, por si só, conduzir à normalização dos valores da glicemia.

Este controlar da glicemia passa pelo trabalho da **equipa educadora**, que vai capacitando a pessoa diabética ou o seu cuidador informal a, no dia-a-dia, manter comportamentos protectores da saúde.

Os mesmos autores referem que esta equipa educadora pode ser constituída por diferentes profissionais de saúde, como um médico, um enfermeiro, um nutricionista, um profissional de saúde mental, um oftalmologista, um podologista, um técnico de educação física, um dentista, entre outros. Mas, para os autores, é importante que a pessoa diabética entenda, que a equipa educadora pode ajudar a gerir melhor a diabetes, no entanto, só o próprio, pode optar por adoptar hábitos e comportamentos saudáveis e protectores. A pessoa diabética é o centro e tem o papel principal nesta equipa. A decisão final é sempre do próprio.

BOAVIDA et al, (2005), referem que a educação da pessoa diabética é caracterizada pela transferência de responsabilidade para o doente no sentido de o tornar mais autónomo.

O utente deve comportar-se como parceiro da equipa de saúde no seu tratamento. Aqui se depreende que a pessoa é responsável por si e pelos seus comportamentos, no entanto, no caso de um problema de saúde, a mesma tem de ter os conhecimentos necessários para poder assumir essa responsabilidade.

Os mesmos autores apontam que, neste processo toda a equipa de saúde é importante e tem papéis diferentes. Relativamente ao papel do enfermeiro, este deve ser educador, sendo o responsável pelo ensino, avaliação dos conhecimentos e capacidade de actuação do diabético.

ICN (2010, p.65) traduz também o apelo lançado pelo ICN a enfermeiros de todo o mundo: *“liderem a luta contra a doença crónica”*. É também apresentado o discurso da presidente do ICN, Rosemary Bryant, que afirmou que *“agora é mais importante do que nunca que os enfermeiros trabalhem no sentido de garantir que as escolhas saudáveis são escolhas fáceis.”*

DUARTE et al (2002) referem que o controlo metabólico é crucial para a preservação da saúde da pessoa diabética. Para que mantenha a qualidade de vida sem complicações que perturbem o seu bem-estar. Nesse sentido, a pessoa diabética e/ou os seus cuidadores informais, devem ser incluídos neste processo. BOAVIDA et al (2005) acrescentam que o diabético está integrado na equipa de saúde, sendo o primeiro elemento da mesma, pois é este que no seu dia-a-dia é responsável pela sua saúde, sendo quem tem de tomar atitudes e comportamentos perante qualquer situação que surja.

Primeiramente, para se conseguir que a pessoa intervenha activamente é preciso que este o queira fazer, ou seja, a pessoa diabética deve estar motivada para agir de forma a proteger a sua saúde e prevenir complicações.

Para tal, os profissionais de saúde, que auxiliam a pessoa diabética neste processo, devem desenvolver as competências teóricas, técnicas, educativas e relacionais, que permitam, aquando do contacto com o diabético, que este adquira conhecimentos e se motive para comportamentos saudáveis e protectores.

Percebe-se aqui o relevo do auto-cuidado no tratamento da Diabetes e na prevenção das suas complicações.

Na enfermagem, a importância do auto-cuidado foi o enfoque dos estudos da Teórica Dorothea Orem, através da sua Teoria do Défice do Auto-Cuidado de Enfermagem. MELEIS (2007) afirma que a teoria de Orem é uma das mais discutidas e aplicadas na enfermagem. Enfermeira desde 1930, Orem iniciou o desenvolvimento da sua teoria sobre o Auto-Cuidado na década de 50 do século XX.

Para além de enfermeira, foi professora e empresária no ramo da consultadoria. Reformou-se em 1984. O seu trabalho foi fruto de muitas experiências e aprendizagens, que desenvolveu ao longo do tempo, no seu relacionamento com outros enfermeiros e estudantes de enfermagem (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

A particularidade da teoria de Orem é que esta é constituída por 3 teorias que se complementam. MELEIS 2007 refere que a teoria dos sistemas de enfermagem inclui a teoria do défice de auto-cuidado e esta, por sua vez, inclui a teoria do auto-cuidado, só assim se define a Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem.

A premissa de que as pessoas cuidam de si próprias no sentido de manter a função, a saúde e o bem-estar, é o factor comum às três teorias. Para Orem o Auto-Cuidado é uma função humana reguladora, que é executada pelo próprio, ou, no caso de dependência, é executada por alguém que o substitua. Neste sentido Orem define **Pessoa** como sendo um ser capaz de reflectir, simbolizar e usar símbolos. Orem pressupõe que a pessoa é capaz de aprender práticas de Auto-Cuidado, através da experiência, da educação, da cultura, do conhecimento científico, do desenvolvimento e do crescimento, podendo assim executar deliberadamente acções de Auto-Cuidado (fundamento da teoria do auto-cuidado).

MELEIS (2007) abordando a teoria de Orem, refere ainda que a pessoa que precisa de cuidados de enfermagem é definida por Orem como sendo um ser que tem limitações no Auto-Cuidado, não conseguindo exercer por si só actividades que permitam manter ou recuperar a sua saúde. Ou seja, a pessoa só necessita de cuidados de enfermagem quando a sua capacidade não é suficiente para manter o Auto-Cuidado (fundamento da teoria do défice de auto-cuidado).

Neste sentido, a **Enfermagem** é definida por Orem como uma arte, um serviço de ajuda e uma tecnologia, que se funda em acções seleccionadas e deliberadamente planeadas e executadas por enfermeiras, que visam ajudar pessoas ou grupos a manter ou alterar condições neles

próprios ou no ambiente que os envolve, com a finalidade de manter ou recuperar a saúde (fundamento da teoria dos sistemas de enfermagem).

BANFIELD citado por TOMEY e ALLIGOOD (2004, p. 212)

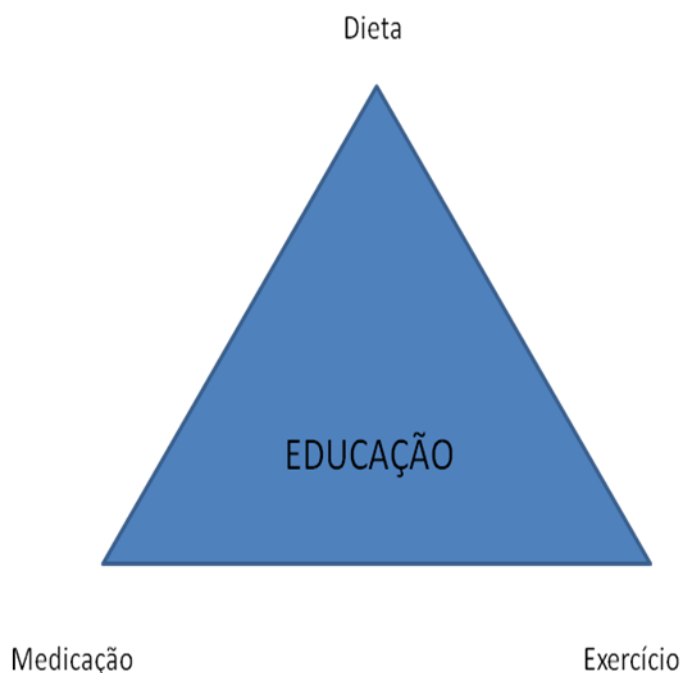
“concluiu que a perspectiva dos seres humanos como seres unitários, dinâmicos que existem nos seus ambientes, que estão no processo de começar a ser e que possuem livre arbítrio, bem como outras qualidades humanas fundamentais é fundamenta para a TDACE.”

Perante tudo isto, é de referir o importante contributo do trabalho elaborado por Orem no desenvolver do estágio pois permitiu clarificar conceitos que foram fundamentais para proceder às alterações necessárias no processo assistencial de enfermagem à pessoa diabética.

Assim considera-se a pessoa diabética, como sendo um ser biopsicosociocultural e espiritual, ou seja, como um ser com características únicas, crenças próprias, conhecimentos já adquiridos, comportamentos já estabelecidos que mantêm no seu ambiente.

DUARTE et al (2002) falam da tríade terapêutica da diabetes: a dieta, a medicação e o exercício físico.

Figura 2 – Tríade de Tratamento da Diabetes



Para os autores a educação da pessoa diabética está no centro da tríade pois a pessoa, quando educada e informada, percebe que se houver variação num destes elementos os outros devem ser alterados para manter os valores da glicemia.

Também BILOUS (2004), defende que a diabetes pode ser tratada essencialmente através de hábitos alimentares saudáveis, terapêutica oral ou insulina.

Quando se fala em alimentação saudável e realização de exercício físico, pensa-se sempre em termos de comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

BILOUS (2004), afirma que o diagnóstico de diabetes não deve ser encarado como uma sentença de negação da satisfação alimentar, mas sim, comer mais alimentos saudáveis e evitar os alimentos que prejudicam a saúde. O que isto define é a alimentação equilibrada que deveria ser a base da alimentação de qualquer pessoa. O autor refere ainda que, embora sejam os comportamentos alimentares saudáveis, os desejáveis para todos, para a pessoa diabética, estes assumem ainda mais importância, pois são fundamentais para que a terapêutica seja mais eficaz.

DUARTE et al (2002) referem que a alimentação saudável do diabético é a base de qualquer plano terapêutico da diabetes, e que este pode ser associado a terapêutica medicamentosa e a exercício físico.

A justificação de se adoptar uma dieta saudável é, não só o controlo glicémico, como também o controlo das lipidemias, do peso e a diminuição do risco de complicações da diabetes.

SALDANHA (1999) referia que as recomendações nutricionais para diabéticos são idênticas em quantidade e qualidade, às de qualquer pessoa não diabética com a mesma idade, sexo, peso e actividade física.

As bases da alimentação saudáveis são várias, mas não devem ser tidas como dietas pré-escritas. DUARTE et al (2002) afirmam que se tem de individualizar e adequar à pessoa. A avaliação inicial e o traçar do perfil da pessoa diabética, é o ponto de partida para todo o plano de acção.

O exercício físico, embora com as devidas restrições pessoais (como por exemplo uso da insulina, cardiopatias ou outras limitações) é fundamental para a prevenção primária da diabetes, para a prevenção de complicações cardiovasculares e para um melhor controlo metabólico (DUARTE, et al 2002).

No caso da diabetes, os benefícios são vários: aumento da sensibilidade à insulina, aumento da massa muscular e diminuição da massa gorda, diminuição da glicemia durante e após o exercício, melhora o perfil lipídico, diminui os valores da tensão arterial, corrige alterações da fibrinólise, diminui a hipercoagulabilidade, melhora a resposta anómala às catecolaminas e aumenta o número de vasos colaterais e a rede capilar.

Relativamente à terapêutica medicamentosa, o diabético pode necessitar de insulina ou medicação antidiabética oral.

Quanto à insulina BOAVIDA et al (2005) relembram que normalmente esta é usada por pessoas com diabetes tipo 1 e grávidas com diabetes gestacional, mas, por vezes, há factores que levam que pessoas com diabetes de outro tipo, necessitem de usar a insulina. Em Portugal é somente comercializada a insulina sintética igual à insulina humana. As concentrações são variadas mas, no nosso país só é utilizada a insulina com concentração de 1 ml=100 unidades (U-100).

Existem diferentes tipos de insulina consoante o início da acção, o seu pico máximo e a sua duração.

Os autores referem que existem no mercado insulinas de acção rápida (10 a 50%) e intermédia (90 a 50%), pré-misturadas.

A forma como é administrada a insulina, normalmente é através de caneta de injeção, mas pode ser administrada por seringa+agulha ou bombas de insulina (vias subcutâneas). Actualmente encontra-se em desenvolvimento a administração por via inalatória.

Relativamente à medicação anti-diabética oral, DUARTE et al (2002) referem que os mais usados são as sulfonilureias e as biguanidas.

Os autores sintetizam os antidiabéticos orais em 3 grupos:

- Insulino-secretagogos (sulfonilureias, meglitinidas e derivados da fenilalanina);
- Insulino-sensibilizadores: (Biguaninas [metformina], glitazonas e outros agonistas PPRA)
- Inibidores da absorção intestinal dos hidratos de carbono (acarbose e miglitol)

A opção pela terapêutica medicamentosa passa sempre por uma avaliação médica. De qualquer forma, e tratando-se de uma equipa educadora, todos os profissionais envolvidos devem promover o auto-cuidado no que diz respeito a todas as formas de tratamento da diabetes. Assim, a avaliação e monitorização é tarefa e função de todos os elementos da equipa educadora.

Mais uma vez, fazer referência ao elemento central desta equipa – a pessoa diabética. É este que tem de lidar com a sua situação de saúde, é este que tem de se auto-cuidar (entenda-se aqui que o cuidado de um doente dependente prestado pelo cuidador informal é também auto-cuidado, sendo que este é também parte integrante desta equipa). Assim, é a este que tem de ser dado o conhecimento e a competência para lidar com o seu problema de saúde e possíveis complicações. Neste sentido, a promoção da auto-vigilância é fundamental.

BOAVIDA et al (2005) referem que a auto-vigilância é a base, sobre a qual assenta a capacidade da pessoa com diabetes, de participar activamente na gestão da sua doença. Ao falar de auto-vigilância, é sempre colocada tónica na avaliação da glicemia capilar, mas auto-vigiar vai muito além deste pequeno teste. Auto-vigiar é gerir toda a informação que dispõe, saber identificar riscos e abusos e actuar de forma informada. A pessoa diabética deve estar consciente de que é responsável pela sua saúde, sempre com o apoio dos profissionais da equipa educadora que devem empoderar o utente no auto-cuidado.

No sentido de completar com observação de conhecimentos teóricos e técnicos os dados recolhidos na pesquisa bibliográfica, foi realizado um estágio de observação na APDP, que decorreu nos dias 16, 17 e 25 de Junho de 2010.

“*Funcionamos como um centro de Consultadoria*”, estas palavras, de uma enfermeira da Associação Protectora de Diabéticos de Portugal, fazem sentido depois de se observar a dinâmica desta instituição.

Quase no final do primeiro módulo de estágio foi aceite o pedido de estágio de observação da APDP. Os objectivos propostos para este estágio eram:

- Adquirir através da observação, conhecimentos técnicos e práticos sobre o acompanhamento de enfermagem a utente diabético adulto/idosos;

- Conhecer o percurso de um utente na APDP, de forma a servir de referência para o projecto que se estava a desenvolver.

A forma como era feito o acompanhamento e o seguimento do utente pelos profissionais da APDP serve de exemplo para qualquer profissional que queira instituir este tipo de acompanhamento nas suas unidades funcionais.

Para além do atendimento directo a utentes que, os médicos de família consideram necessitar de cuidados diferenciados na área da diabetes, esta instituição prima pela formação quer dos seus profissionais, quer de qualquer profissional de saúde que queira aprender mais.

A investigação, a fundamentação das intervenções, a informação ao utente, são diferentes pontos que denotam o profissionalismo de todos.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi fundamental a observação das consultas de enfermagem, desde o acolhimento, às consultas de seguimento. Foi também observado o departamento de avaliação do pé diabético.

A instituição dispõe de um sistema de registos informáticos que permite que todos os profissionais acedam facilmente aos dados dos utentes, trabalhando verdadeiramente como equipa.

Os utentes são recebidos em grupo na instituição por uma enfermeira, que realiza uma sessão sobre a diabetes, suas causas e consequências e sobre a importância do auto-cuidado. A consulta médica não é necessariamente no mesmo dia da consulta de enfermagem, a não ser que seja imperativo que tal aconteça. Este facto foi muito importante pois, na UCSP de Marvila também não é possível que as consultas sejam simultâneas.

Também neste primeiro dia os utentes assistem a uma sessão de nutrição e são sujeitos à avaliação do pé.

Por aqui se percebe que o acolhimento do doente é fundamental.

A APDP abarca muitas especialidades no tratamento do utente diabético, como exemplos o tratamento de podologia, a oftalmologia, a nefrologia entre outras. Aqui o utente, à medida que vai sendo acolhido e que vai tendo as consultas de enfermagem e de medicina (endocrinologia), vai sendo encaminhado para as diferentes especialidades caso seja necessário.

A observação desta instituição foi deveras fundamental. O facto de ter sido quase no final do primeiro módulo foi um pouco limitadora pois até então muitas ideias estavam dispersas. Pelo que se considera que foram atingiram os objectivos propostos.

O enquadramento deste projecto permitiu conhecer dados epidemiológicos e clínicos sobre a diabetes, com especial atenção para o facto, de esta ser uma doença crónica que afecta cada vez mais pessoas em todo o mundo. A prevenção é reconhecida como fundamental quer para evitar a doença, quer para evitar as suas complicações. A pessoa é responsável pelas suas escolhas. A função dos profissionais de saúde é colaborar, para que as escolhas de cada um sejam conscientes e informadas e tenham como objectivo a adopção de comportamentos de vida saudáveis.

1.4 REORGANIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

O projecto proposto partiu, como já foi referido, de um diagnóstico de situação que contemplou a caracterização da UCSP de Marvila e da Consulta de Enfermagem de Apoio ao Utente Diabético existente. Este diagnóstico foi desenvolvido durante o primeiro módulo de estágio, juntamente com o estabelecimento de um enquadramento teórico que permitiu a fundamentação do projecto de intervenção proposto. Todo o projecto, desde a concepção, à execução e avaliação, foi realizado com base na metodologia de planeamento em saúde.

Recentemente, foi publicado em Diário da República o regulamento das competências do enfermeiro especialista. O Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro evidência as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A utilização da metodologia de planeamento em saúde é considerada uma competência específica desta especialidade.

Sendo o presente trabalho o relatório do estágio, opta-se por descrever em seguida a fase de planeamento, implementação e avaliação, de uma forma resumida, que revela cronologicamente o decorrer das actividades desenvolvidas.

Dado o tempo limitado do estágio, considerou-se que a população-alvo do projecto seriam os utentes diabéticos em acompanhamento na Consulta de Enfermagem de Apoio ao Utente Diabético.

Optou-se por seleccionar uma amostra por conveniência composta por todos os utentes agendados para consulta, entre 21 de Outubro e 19 de Novembro (ver ANEXO A)

A meta do projecto foi **promover a autonomia do utente diabético da UCSP de Marvila**. Para tal definiu-se o objectivo de **Reorganizar a Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética**.

Antes de prosseguir, considera-se importante referir aqui o conceito de consulta de enfermagem, no sentido de clarificar o que se pretende com este termo. Acedendo ao Portal de Codificação Clínica e digitando **Consulta de Enfermagem**, surge a seguinte definição: *“Intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto-cuidado.”*

Melhorar o acompanhamento da Pessoa com Diabetes pela equipa de enfermagem, em articulação com os restantes profissionais de saúde, visando a autonomia na gestão da sua doença, otimizando os recursos de enfermagem disponíveis, foi a premissa que conduziu todo o projecto.

Antes de intervir directamente com os utentes, foi necessário programar e planear o que seria feito no contacto com estes. A ideia era não fazer mais do mesmo, importava mudar as crenças dos enfermeiros e dos utentes face aos objectivos da consulta. Como já foi referido no

enquadramento teórico deste relatório, os papéis dos intervenientes na prevenção e controlo da diabetes estão bem definidos, embora se denotasse alguma desvalorização dos mesmos.

Foi deveras importante perceber que, quando questionava os utentes no início de uma consulta sobre o motivo porque estavam ali, as respostas obtidas foram maioritariamente “*estou aqui para medir a tensão e fazer a picada*”. Não havia a valorização da aprendizagem de competências e conhecimentos de autonomia na gestão da doença. Reconheciam somente importância aos valores analíticos por si. Nem mesmo a explicação das causas e consequências desses valores era enaltecida. Era então imperativo revolucionar a forma como era elaborada a consulta, reorientando-a para a responsabilização do utente pelos seus actos e consequências.

Fundamental foi o estabelecimento de uma equipa fixa de enfermeiros para a realização da consulta. Esta estratégia facilitou o projecto no sentido que permitiu uma maior concertação no estabelecimento de objectivos e normas da consulta.

Concluiu-se que, estabelecer Planos Individuais de Gestão/Controlo da Doença com os utentes, em articulação com equipa médica e de acordo com o grau de autonomia do utente seria a principal norma a introduzir e consequentemente a estratégia interventiva principal deste projecto.

Para tal seria fundamental reestruturar os modelos de colheita e registo de dados.

Nessa altura, considerou-se a hipótese de iniciar a utilização do programa SAPE, pois este já existia no serviço mas nunca havia sido utilizado. Mesmo sem formação, foi proposta ao enfermeiro orientador esta estratégia, que foi bem aceite. Pode-se aqui referir que a utilização deste programa informático na consulta foi de tal forma uma mais-valia, reconhecida pelos enfermeiros envolvidos, que foi o mote para o projecto desenvolvido no terceiro módulo de estágio, apresentado no segundo capítulo deste relatório.

Para a consecução desta estratégia foi fundamental realizar algumas actividades, nomeadamente as de aquisição de conhecimentos em SAPE, tais como, pesquisa bibliográfica e reuniões com perito. O programa permite realizar a colheita de dados e elaborar registos de forma a estabelecer um plano individual para cada utente, o que se aplicava às necessidades identificadas. Além disso, ao permitir a interactividade com o programa SAM, aumenta a comunicação entre o enfermeiro e o médico, facilitando o trabalho dos diferentes elementos da equipa educadora.

Paralelamente foram reorganizados os espaços de apoio à consulta. O armário dedicado aos dispositivos necessários para a consulta, encontrava-se desorganizado por conter demasiado material. Procedeu-se à reorganização do material e à contabilização de glucómetros e canetas de insulina, no sentido de facilitar a gestão dos mesmos. Identificou-se que existiam inúmeros folhetos informativos, que foram organizados por temas. A informação escrita é importante no sentido de que a pessoa leva consigo e pode, com calma obter informações que possam ter ficado mal assimilados durante a consulta.

Como já foi referido neste relatório, pretendia-se dar um carácter mais educativo à consulta. Assim foi realizada a actividade de estabelecer as guidelines da renovada Consulta de

Enfermagem de Diabetes da UCSP de Marvila. Esta actividade foi aprovada pelo enfermeiro orientador e pelos enfermeiros intervenientes na consulta. De uma forma breve, com as alterações propostas, pretendia-se focar a autonomia e o autocontrolo como elementos fundamentais para o estabelecimento do plano individual de cada utente em consulta (ANEXO D).

As alterações nas consultas individuais foram executadas no período de 21 de Outubro a 19 de Novembro de 2010. Foram realizadas 21 consultas de enfermagem de diabetes mediante as novas guidelines.

Para analisar a implementação das linhas orientadoras propostas, recorre-se aos resultados obtidos durante as consultas realizadas. Os dados recolhidos estão sintetizados no ANEXO E. Logo para começar há que referir que foram preenchidos todos os campos necessários, quer para a avaliação inicial, quer para o registo de dados da consulta que permitem a programação das consultas de seguimento mediante o plano individual estipulado para cada utente. Foi utilizado o programa SAPE para a elaboração dos registos de enfermagem.

Dos 21 utentes consultados, 20 (95,2%) têm mais de 45 anos. Foram efectuadas consultas a 12 utentes do sexo masculino e a 9 utentes do sexo feminino.

Dos dados recolhidos é importante referir que, 13 (62%) utentes apresentaram valores de glicemia pós-prandial inferiores a 140 mg/dl, o que demonstra já alguma alteração relativamente aos dados inicialmente colhidos no diagnóstico de situação.

A maioria dos utentes é reformada e vive com o conjugue.

Um dado novo que foi introduzido é o tempo de diagnóstico da diabetes. É importante reflectir sobre o facto de 12 (57,1%) utentes serem diabéticos há mais de 5 anos, pois, aumenta o risco de possibilidade de complicações tardias da doença.

Outro dado que levou a uma reflexão foi a existência de doenças concomitantes em 17 (81%) utentes. Somente 1 não tem qualquer outra patologia e 3 desconheciam se tinham outras patologias. Estes números são preocupantes, principalmente porque 16 utentes apresentam hipertensão arterial e cinco utentes são portadores de dislipidémias. É conhecido que a diabetes associada a estas patologias aumenta o risco de patologias cardio-vasculares. A colheita destes dados permite perceber que a nova abordagem da consulta vem de encontro às necessidades reais. Ou seja, ao serem colhidos mais dados, melhor se podem estabelecer diagnósticos de enfermagem e consequentes intervenções no sentido de prevenir ou retardar complicações.

Outro dado que foi introduzido foi a avaliação do perímetro abdominal. A gordura visceral ou central é conhecida por ser também um factor de risco para a saúde. Dos utentes em consulta, somente 1 não foi alvo desta avaliação, no entanto, dos dados obtidos, percebe-se que, 19 utentes apresentam valores de perímetro abdominal acima do recomendado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008). Aqui está mais um dado que anteriormente era desvalorizado, mas que se revela de especial interesse no sentido de ser fundamental adaptar intervenções educativas no sentido de informar e consciencializar os utentes para a importância de uma alimentação saudável e prática de actividade física regular.

A vigilância ao pé, também não era contemplada na consulta de enfermagem de diabetes existente. Mediante as alterações propostas foram efectuadas 11 vigilâncias aos pés que revelaram que 8 (72,7%) utentes apresentavam alterações! Um destes apresentava uma lesão e estava em tratamento. O motivo pelo qual não se efectuaram avaliação aos pés de todos os utentes prende-se com o facto de 4 serem utentes de primeira consulta, 3 terem programada uma consulta de podologia num curto espaço de tempo, 2 terem tido uma consulta de podologia em menos de 3 meses. 1 utente recusou a avaliação. Aliás, a mudança de hábitos de vida nem sempre é fácil. Embora, para a maioria dos utentes que recorreram à consulta pelas novas guidelines, as alterações tenham sido consideradas benéficas, existiu um utente que mostrou resistência à mudança. Para este, a consulta servia para “fazer a picada, “para andar controlado” (sic). Não foi possível, durante a consulta estabelecer ensinamentos de promoção de autonomia pois foi sendo sempre demonstrada resistência.

Esta situação particular foi um desafio, o plano individual proposto foi no sentido de primeiro alterar crenças sobre a consulta, de forma ao utente perceber que a responsabilidade pela gestão da sua doença cabe ao próprio e que, os profissionais de enfermagem somente podem facilitar a informação para que cada um faça escolhas saudáveis.

Os planos individuais propostos foram maioritariamente trimestrais.

Relativamente à auto-vigilância, aborda-se aqui a vigilância aos pés a utilização dos glucómetros. Os resultados obtidos demonstram que 12 pessoas não têm por hábito cuidar dos seus pés diariamente e não valorizavam esse cuidado por não sentirem dor. Quanto à auto-vigilância é importante referir que 18 (85,7%) utentes já utilizavam glucómetros mas a maioria faz avaliações esporádicas e não interpreta os valores obtidos.

Pelos dados aqui apresentados, não é possível avaliar os efeitos da nova estrutura da consulta pois só foi efectuada uma consulta por utente durante o tempo estipulado. No entanto, o simples facto de agora se valorizar o ensino e de colocar a ênfase na responsabilização dos utentes na gestão da sua doença, reflecte-se nos registos mais completos e nos planos individuais mediante normas preestabelecidas.

No final das consultas houve vários utentes que referiram que nunca tinham tido uma consulta assim. Isto vindo de utentes que já estavam em consulta há mais de 5 anos, foi sem dúvida um indicador de satisfação dos mesmos!

Para além da estratégia de intervenção individual, foi programada e planeada a estratégia de intervenção em grupo (ANEXO F). Pretendia-se uma partilha de experiências pessoais, sempre com a orientação de um profissional de enfermagem.

Estas sessões visam a aprendizagem de conhecimentos, técnicas e competências que promovam o empowerment da pessoa diabética.

Foram planeadas duas sessões de educação para a saúde:

- SES – Promoção da Autonomia do Utente Diabético e Auto-vigilância do Pé.
- SES - Promoção da Auto-vigilância, do Auto-Controlo e da Vigilância do Pé

A grande diferença entre as sessões propostas prende-se com a população-alvo. Na primeira SES descrita, pretendia-se integrar utentes, que são diabéticos há alguns anos e que não

valorizam a autonomia e a importância da auto-gestão da doença, enquanto que, na segunda SES proposta, se pretendia incluir utentes diabéticos diagnosticados recentemente, com poucos conhecimentos sobre a doença, para os quais se pretendia a rápida consciencialização e sensibilização da importância da autonomia no processo de gestão da diabetes. Esta última SES foi planeada, realizada e avaliada, sob supervisão, por duas estudantes da Licenciatura em Enfermagem que também realizaram estágio na UCSP de Marvila. Esta actividade permitiu desenvolver competências de formação.

Assim, aqui procede-se à descrição e avaliação da SES – Promoção da Autonomia do Utente Diabético e Auto-vigilância do Pé.

A selecção dos utentes para esta sessão em grupo fez-se durante as consultas individuais e perante os critérios já estabelecidos. Foram convocados 9 utentes, faltaram 3, mas, houve um utente que se fez acompanhar por um amigo, também ele diabético. Este facto foi muito importante pois demonstrou o interesse pela sessão mesmo antes de esta acontecer.

A sessão decorreu durante cerca de uma hora. Foi decorrendo mediante um fio condutor (ANEXO F) mas foi principalmente protagonizada pelos utentes diabéticos presentes. Foi sem dúvida um momento muito interactivo. Foi muito prazeroso realizar esta sessão, pois foi interessante perceber que os utentes estavam interessados e empenhados em partilhar experiências e conhecimentos. Como já foi referido, já todos tinham tido consultas individuais segundo as novas guidelines, ou seja, alguns já tinham adquirido conhecimentos que lhes permitiam serem eles próprios a partilharem estratégias e comportamentos saudáveis e preventivos. A partilha entre pares foi sem dúvida conseguida com esta sessão. O papel do enfermeiro foi moderar e corrigir alguns erros que foram sendo detectados.

A avaliação foi realizada através de um questionário de respostas abertas, simples e curto, pois era dirigido para uma população maioritariamente idosa (ANEXO G).

Participaram na sessão 5 utentes do sexo masculino e 2 utentes do sexo feminino. Somente um dos utentes tinha idade inferior a 65 anos.

Das respostas recolhidas é importante referir que a maioria reconhece a diabetes como uma doença crónica e os restantes responderam que esta doença se caracterizava por hiperglicémia.

Relativamente aos principais cuidados a ter, todos os utentes referiram a alimentação como fundamental, 3 referiram a actividade física e 4 referiram a medicação. De ressaltar que um utente considerou fundamental a higiene, principalmente a higiene dos pés. A valorização dos cuidados com a alimentação é já importante, no entanto, denota-se que ainda é importante focar o ensino noutras medidas preventivas e de controlo da doença.

Quanto às consequências da hiperglicémia, todos reconhecem que estas existem, mas enquanto dois referem que pode chegar a coma, outros referem situações menos graves como atingir pés, rins ou simplesmente levar ao desmaio.

Para responderem à questão sobre a importância da auto-vigilância, foi muito utilizada a palavra controlo. Os utentes reconhecem que assim conseguem saber como estão os seus valores de glicemia, no entanto, somente 1 utente referiu que a auto-vigilância permitia,

mediante os valores, que a pessoa se oriente, ou seja, possa adoptar comportamentos mais adequados ao controlo da glicémia. Reconhece-se que auto-vigilância, o seu ensino e incentivo deverá ser abordada individualmente, pois, pelas respostas obtidas, a sua finalidade ainda não é amplamente reconhecida.

Relativamente às sugestões, é importante referir que um utente considerou que deveria ser facilitado o contacto com os enfermeiros. A limitação dos recursos humanos de enfermagem na UCSP de Marvila foi aqui reconhecida por um utente, embora seja um facto importante, a sua resolução está fora do alcance dos enfermeiros.

Ao longo do estágio, foram sendo necessários diferentes recursos que permitiram que todo o processo se desenvolvesse como o planeado. Foi envolvida toda a equipa de enfermagem, através de reuniões que deram a conhecer o projecto, no sentido de promover a consulta e para otimizar os ganhos em saúde que se pretendem. Os recursos materiais foram desde o espaço físico da consulta, material informático e material para as Sessões de Educação em Grupo (material didáctico).

Foram realizadas várias reuniões com o enfermeiro orientador.

Até ao seu fim foram surgindo limitações que foram implicando ligeiras alterações. Por exemplo, está contemplado nas novas normas da consulta que, caso se justifique, poderão ser efectuadas consultas de enfermagem de diabetes no domicílio. Inicialmente ponderou-se realizar esta estratégia ainda durante o estágio, no entanto, por ser impossível a deslocação de mais um elemento na carrinha de transporte da UCSP de Marvila, esta intervenção não foi realizada. De qualquer forma, os enfermeiros da equipa de cuidados continuados, consideraram uma mais-valia poder efectuar visitas de promoção de hábitos de vida saudáveis e conseqüente de prevenção de complicações da diabetes, motivo pelo qual se disponibilizaram a, sempre que seja necessário, efectuarem esta intervenção no domicílio dos utentes.

É interessante concluir que, o trabalho desenvolvido com o grupo de diabéticos, quer a nível individual, quer a nível da sessão de grupo, permitiu desenvolver a competência de contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, descrita no Regulamento n.º128/2011 de 18 de Fevereiro. Verdadeiramente é perceptível a importância do papel do enfermeiro como educador para a saúde. Este papel, muitas vezes desvalorizado, assume especial interesse quando se vê reconhecido pelos utentes, é muito agradável chegar ao fim de uma consulta, de uma sessão em grupo, e ser-se reconhecido pela importância do trabalho desenvolvido.

2. FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS DA UCSP DE MARVILA PARA A UTILIZAÇÃO DO PROGRAMA INFORMÁTICO SAPE

O terceiro módulo de estágio foi também realizado na UCSP de Marvila, o que se revelou facilitador do trabalho desenvolvido. Mais uma vez, o projecto de intervenção seleccionado foi solicitado pelo Enfermeiro Orientador, e surgiu na sequência da experiência bem sucedida, durante o segundo módulo de estágio, no qual se implementou o programa SAPE na Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética.

A aplicação informática referida, estava já instalada na unidade de saúde, mas, por falta de formação adequada dos elementos da equipa de enfermagem, nunca havia sido utilizada

Ao nível do ACES II Lisboa Oriental, a utilização do SAPE é somente uma realidade numa unidade de saúde da UCSP da Penha de França.

2.1 APRESENTAÇÃO DO PROJECTO

O projecto proposto foi ambicioso, no sentido que, 180 horas é um tempo muito reduzido para efectuar todo um processo baseado na metodologia de planeamento em saúde. Assim foi fundamental estabelecer um cronograma de actividades que permitisse estabelecer o tempo necessário ao diagnóstico de situação, ao planeamento, à intervenção e a avaliação deste projecto (ANEXO H).

A utilização experimental do programa durante o módulo II de estágio consistiu num factor preponderante para a importância deste projecto, no sentido que permitiu um primeiro contacto com o SAPE. Os registos de enfermagem em sistemas electrónicos permitem um processo único por utente, o que, por si só, é justificativo para a realização deste projecto. Este programa informático permite a partilha de informação entre os diferentes profissionais (por estar ligado aos programas SINUS e SAM) de uma forma facilitada, assim como permite uma maior visibilidade da enfermagem e facilita a avaliação dos cuidados de enfermagem.

Para proceder ao diagnóstico de situação, procedeu-se à aplicação de um questionário aos enfermeiros sobre a formação, e motivação para a utilização CIPE e SAPE, (ANEXO I)

Foram distribuídos 16 questionários, obtiveram-se 15 resultados. Para analisar os resultados, procedeu-se à elaboração de uma grelha em EXCEL para as respostas de escolha múltipla e à análise de conteúdo das respostas abertas (ANEXO J). Apresentam-se de seguida os principais resultados obtidos.

Os enfermeiros que exercem funções na UCSP de Marvila têm entre 25 e 61 anos, existindo 2 enfermeiros masculinos e os restantes femininos.

Quando questionados sobre se já haviam tido formação em CIPE, 7 responderam afirmativamente e 8 responderam negativamente. Para 5 enfermeiros, a formação em CIPE tinha sido realizada já há mais de 5 anos, 2 enfermeiros auto-financiaram a sua formação, 4 foram patrocinados pelo local de trabalho e somente 1 teve formação de CIPE na escola, o que revela que é recente este investimento na linguagem específica de enfermagem.

Relativamente ao uso de CIPE somente 5 enfermeiros já haviam utilizado esta linguagem e esta experiência havia sido há mais de 1 ano. No entanto, todos os enfermeiros que responderam à questão, sobre a importância dessa formação no seu contexto actual de trabalho, fizeram-no de forma afirmativa. Dois enfermeiros consideram mesmo que a linguagem CIPE permite clarificar conceitos e assim facilitar os registos de enfermagem.

Quanto à formação sobre SAPE, somente 4 enfermeiros frequentaram esta formação e destes, 3 assistiram há mais de um ano. A maioria teve uma formação com duração superior a 30 horas. Dois enfermeiros responderam que esta formação foi significativa para o seu contexto de trabalho actual, por ser agora mais fácil voltar a usar o programa.

Quanto ao uso do programa SAPE, 6 enfermeiros responderam afirmativamente. Destes, 3 utilizaram o programa na vertente hospitalar, 3 tiveram uma experiência superior a um ano e 3 já não utilizam o programa há mais de um ano.

Somente um enfermeiro afirmou não estar motivado para a utilização de CIPE e SAPE.

Relativamente à importância da utilização de CIPE e SAPE, Várias foram as formas de resposta, mas denota-se que 5 enfermeiros aplicam na sua resposta o conceito de **uniformização** da linguagem e, conseqüentemente dos cuidados de enfermagem. O facto de facilitar a avaliação e monitorização dos cuidados é também ressalvada nalgumas respostas. Realmente existe um reconhecimento por parte dos enfermeiros da importância dos registos de enfermagem, e da facilidade e rapidez que esta linguagem e este programa trazem para a execução dos mesmos.

Sem dúvida que a justificação dos enfermeiros para o uso da CIPE/SAPE também se prende com a necessidade de uniformizar os cuidados de enfermagem.

Paralelamente à colheita de dados para o diagnóstico da situação, foi sendo realizada a pesquisa bibliográfica e reuniões com um enfermeiro com experiência em SAPE, para adquirir e desenvolver conhecimentos sobre este programa e sobre a linguagem CIPE.

2.2. CIPE e SAPE

A experiência como enfermeira que exercera até então, não havia contemplado nem a linguagem CIPE nem o programa SAPE, o que motivou a pesquisa bibliográfica e reuniões com um enfermeiro com experiência em SAPE, para adquirir e desenvolver conhecimentos.

A evolução tecnológica e a mudança de paradigma, têm ditado novas regras nas profissões ligadas à saúde. A ênfase na promoção da saúde, sobrepõem-se, actualmente, ao enfoque na doença. A enfermagem, como ciência, tem também evoluído com o decorrer de todas estas alterações.

LEAL (2006, p. 22) afirma que “as actividades de enfermagem envolvem, sempre, a recolha, análise e registo de informação”. A enfermagem é muito mais do que o acto de prestar cuidados. Neste sentido, o trabalho do enfermeiro, implica um planeamento das intervenções, através de colheitas de dados e elaboração de diagnósticos de enfermagem, bem como a monitorização e avaliação dos cuidados prestados. Assim se percebe a importância do registo de enfermagem, quer para a visibilidade da profissão, quer para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados. A transmissão de informação escrita através do processo do utente é cada vez mais considerada como fundamental em enfermagem.

Em 1950 começaram a surgir modelos conceptuais de enfermagem com o intuito de identificar conceitos próprios da profissão. Com estes, foram sendo estruturados vários sistemas de classificação para a prática de enfermagem. (CUBAS, et al, 2010).

Em 1991, e no seguimento de uma necessidade identificada no Congresso Quadrienal do ICN em 1989, surge um projecto iniciado pelo ICN, que propunha a existência de uma linguagem própria da enfermagem, comum a qualquer enfermeiro em qualquer local do mundo.

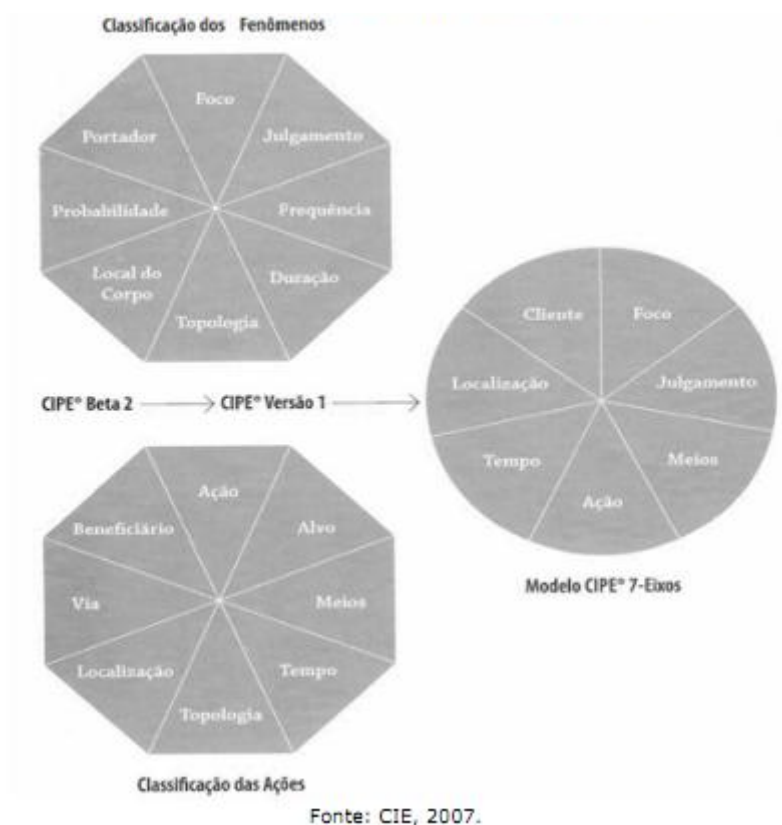
A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE - iniciou-se com um grupo de trabalho multinacional. Desde então foram publicadas 6 versões CIPE (versão Alfa -1996; versão Beta1 – 1999 e versão beta2 – 2000, versão1 - 2005, versão1.1 - 2008 e versão2 - 2009) Assim se percebe que o trabalho desenvolvido tem sido complexo e tem revelado a necessidade de revisão (Idem).

A CIPE contempla termos que permitem “a composição de diagnósticos, intervenções e resultados, que descrevem a prática de enfermagem.” (CUBAS, 2010, p. 188). A uniformização da linguagem é somente um dos objectivos da CIPE. Pretende-se também com esta classificação a clarificação de conceitos próprios da profissão, que permitam uma comparação de dados a nível mundial estimulando a investigação e a educação da enfermagem.

A estrutura da CIPE tem vindo a evoluir com as diferentes versões. As primeiras versões eram compostas por duas classificações distintas: Classificação de Fenómenos de Enfermagem e Classificação de Intervenções de Enfermagem (LEAL, 2006). Desde a Versão 1 que passou a existir somente uma classificação, multi-axial, com sete eixos que permitem representar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Assim se pretendeu simplificar a utilização da CIPE, tornando-a menos ambígua e redundante. A seguinte figura, retirada do

artigo publicado por CUBAS (2010) pretende facilitar a leitura das alterações efectuadas na CIPE.

Figura 3 – Transposição dos Modelos de oito eixos da CIPE Beta 2 para o modelo unificado de sete eixos da CIPE 1.0.



Fonte Secundária: CUBAS 2010

Percebe-se, com esta figura, que houve uma significativa simplificação nos eixos utilizados para a classificação quer de um fenómeno, uma intervenção ou um resultado dos cuidados de enfermagem. O processo evolutivo desta linguagem, própria à enfermagem, não ficará certamente por aqui, A evolução da profissão, com o enfoque cada vez maior na prática baseada na evidência, vai permitir novos conceitos e novas definições em enfermagem.

A CIPE tem vindo a ser utilizada em diferentes países, Portugal não é excepção. Esta classificação introduz uma nova linguagem com conceitos muito próprios que ainda não são do domínio de todos os enfermeiros em Portugal.

Embora com algum desfasamento no tempo, as diferentes versões CIPE foram sendo traduzidas e publicadas em Portugal. O seu ensino e aplicação estão a ser cada vez mais implementados em todo o país.

O papel da Ordem dos Enfermeiros na implementação da linguagem CIPE nas diferentes unidades de saúde tem sido preponderante. Ao reconhecer a complexidade e abrangência dos

termos propostos em CIPE, quer internacionalmente através do ICN, quer através da Ordem dos Enfermeiros em Portugal, têm sido elaborados Catálogos CIPE, que contemplam diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem comuns a necessidades específicas de saúde. Assim, se facilita a utilização desta linguagem, por permitir que se utilizem diagnósticos e intervenções pré-estabelecidos e adaptáveis a necessidades identificadas pelo profissional de enfermagem.

Em Portugal, a implementação dos Sistemas de Informação de Enfermagem tem sido um forte impulsionador da utilização da linguagem CIPE.

No ponto 3 do Artigo 5º do Decreto-Lei 161/96, de 4 de Setembro, pode ler-se os cuidados de enfermagem se podem caracterizar por (entre outros):

“Utilizarem metodologia científica, que inclui:

- a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;*
- b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;*
- c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;*
- d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;*
- e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;*
- f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;”*

Assim, verifica-se que para elaborar registos de enfermagem de forma adequada e que permitam a visibilidade dos cuidados de enfermagem é fundamental que estes reflectam concretamente os dados relativos aos cuidados prestados. A linguagem CIPE vem de encontro a esta necessidade de estabelecer registos de enfermagem adequados e com metodologia científica. ICN (2009) defende que os registos de enfermagem em sistema electrónico devem utilizar a linguagem CIPE. Pretende-se assim otimizar a qualidade dos cuidados, a tomada de decisão, a formação e a investigação.

Um dos programas electrónicos actualmente em utilização em Portugal é o SAPE. Este foi desenvolvido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde com o intuito de permitir informatizar os registos de enfermagem (CUNHA e MOTA, 2007). Pretende-se com esta forma de registos a partilha de informação dos utentes, permitindo a continuidade de cuidados.

Este programa tem ligação com o SINUS e o SAM, o que permite a existência de um processo único por utente, facilitando a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde.

A utilização da linguagem unificada através de sistemas electrónicos é uma grande aposta na saúde, em particular na enfermagem pois é um caminho que permite visibilidade, através do estabelecimento de indicadores, que permitem a avaliação e comparação de cuidados.

A enfermagem em Portugal está a evoluir, a produção de conhecimento por enfermeiros é cada vez mais uma realidade. A aposta na qualidade dos cuidados e na qualidade dos registos, vem

permitir que sejam estabelecidas metas, cada vez mais arrojadas, no sentido da maior credibilidade da profissão, que luta pelos seus conceitos próprios.

2.3 A FORMAÇÃO

O projecto do terceiro módulo de estágio foi arrojado, principalmente porque implicou aprender para poder ensinar.

Optou-se por um projecto que tinha como meta a **Implementação da Linguagem CIPE e do programa SAPE**. Para tal, estipulou-se com objectivo: **Formar enfermeiros de referência para a utilização de CIPE/SAPE na UCSP de Marvila.**

Tendo em conta o tempo limitado, era impossível terminar o estágio com o programa informático SAPE completamente implementado em todos os programas de enfermagem da UCSP de Marvila.

Assim, a estratégia utilizada foi a **formação de pares**, ou seja, consistiu em realizar o ensino de forma individual com um grupo de elementos da equipa de enfermagem que, após o término do estágio, estariam aptos para manter a utilização de CIPE/SAPE e promover a formação dos restantes elementos. Paralelamente foram sendo desenvolvidas actividades como reuniões com um enfermeiro com experiência em SAPE e elaboração de um manual SAPE (ANEXO XII) com o qual se pretendia que ficasse informação escrita para, no final do estágio, ser mais fácil aos colegas colmatar alguma lacuna.

Foram escolhidos inicialmente 3 enfermeiros, mas por disponibilidade e motivação, mais 6 enfermeiros solicitaram a formação.

Foi uma experiência que permitiu uma aprendizagem riquíssima. Trabalhar com enfermeiros, um a um, permitiu desenvolver competências de comunicação, de capacitação de pares, e, acima de tudo, permitiu um trabalho muito agradável e muito positivo.

Foi interessante que inicialmente, um dos enfermeiros que acabou por ser um dos mais aptos para o uso do programa, estava renitente ao mesmo. Vários foram os enfermeiros que ao verem o trabalho dos outros, foram ganhando vontade, de também aplicar o programa, pela novidade e por todas as vantagens que este traz.

Realmente, à primeira vista, utilizar o SAPE não parece nada fácil, mas, como em tudo na vida, a experiência faz toda a diferença. Foi também por isto que este projecto foi rico, pessoalmente foram sendo sentidas as mesmas dificuldades que os outros enfermeiros, sendo uma experiência de aprendizagem mútua.

Sabia-se à partida que dificilmente todos seriam totalmente autónomos no final do estágio, por isso, foi elaborada uma grelha de observação para avaliar a evolução de cada enfermeiro (ANEXO M)

Foram estabelecidos 3 níveis que gradualmente implicavam a execução de tarefas mais específicas e difíceis. Pretendia-se que todos os enfermeiros envolvidos fossem, pelo menos, autónomos no primeiro nível estipulado. Os enfermeiros foram classificados como “Executa sem dificuldade”; “Necessita de auxílio para executar” e “Não executa”, para cada um dos itens dos três níveis propostos.

Para já, é de valorizar que, todos os enfermeiros que participaram na formação, conseguiram, no final do tempo proposto, executar as tarefas, ou seja, não houve nenhuma tarefa com a classificação “Não executa” o que foi muito positivo.

Para os três enfermeiros inicialmente propostos, estipulou-se o objectivo de serem totalmente autónomos nos três níveis da grelha de avaliação. Conseguiu-se atingir esse objectivo o que foi deveras importante (ver anexo N)

Dos restantes enfermeiros, todos conseguiram, no final do tempo proposto, serem autónomos no primeiro nível da grelha de avaliação, como havia sido proposto inicialmente.

Relativamente ao segundo nível, é interessante que 6 enfermeiros conseguiram, no tempo de estágio executar as tarefas de forma autónoma.

Já no terceiro nível, o correspondente às tarefas de maior complexidade, a total autonomia só se verificou totalmente nos 3 enfermeiros propostos inicialmente. A tarefa de adicionar alertas de enfermagem foi a que menos foi conseguida. Isto não pode ser considerado maus resultados, porque, todos foram capazes de executar as tarefas, com diferentes graus de autonomia, mas, pelo menos, já experimentaram, logo, será mais fácil a aquisição e desenvolvimento de capacidades para serem totalmente autónomos.

Pelo cronograma de estágio, percebe-se que a formação foi desenvolvida no mês de Janeiro de 2011. No final desse mês e, conseqüentemente no final do estágio, foi feita a busca dos indicadores de enfermagem no programa SAPE. Este programa permite, fazer o levantamento dos registos de diferentes actividades de enfermagem, e assim permite o estabelecimento de indicadores, o que facilita a avaliação dos cuidados de executados (ANEXO O).

Os números foram um orgulho para todos os envolvidos. Nesta fase de formação e experimentação, foram registados 228 contactos de enfermagem: 201 na UCSP, 26 no Domicilio e 1 por telefone!

Analisando os dados, pode perceber-se que houve registos em 14 programas de saúde diferentes. Foram atendidos utentes de diferentes grupos etários (desde crianças até idosos)

O programa de saúde que teve mais registos foi o Tratamento de Feridas/Úlceras, motivo que se prende com o facto de muitos dos enfermeiros envolvidos na formação executarem principalmente funções na sala de tratamentos.

Quando foram apresentados os dados na reunião da equipa de enfermagem, foi interessante ver as expressões de satisfação e admiração. Este programa permite uma avaliação mais pormenorizada das actividades de enfermagem. Aliás, mesmo não sendo usado para registo vacinal, como tem ligação ao SINUS, os indicadores do programa Vacinação, são também apresentados em SAPE (ANEXO XI).

Este módulo foi riquíssimo, aprendi imenso. Trabalhar com pares é sem dúvida prazeroso e permite desenvolver muitas competências.

Como referiu o enfermeiro orientador do estágio, no final, houve o reconhecimento da equipa por todo o trabalho desenvolvido. Foi um grande momento de aprendizagem.

Abriu-se uma porta, preparou-se um caminho que, com esta informação se permite perceber, está a ser caminhado. O enfermeiro orientador informou que a realização dos registos de enfermagem em SAPE é uma realidade que, será brevemente aconselhada nas diferentes unidades funcionais do ACES II – Lisboa Oriental. O trabalho desenvolvido neste módulo acabou por antecipar esta realidade.

CONCLUSÃO

A enfermagem como profissão tem evoluído a um ritmo alucinante. À data da entrega deste relatório já havia sido publicado, em Diário da República, o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O trabalho realizado em estágio e aqui relatado, foi sendo desenvolvido com o objectivo de adquirir e desenvolver essas competências.

Intervir em grupos e comunidades, nos seus contextos, é o grande objectivo da enfermagem comunitária. Com a meta de obter ganhos em saúde, estes enfermeiros desenvolvem projectos mediante metodologia de planeamento em saúde e participam no conhecimento epidemiológico da comunidade em estudo.

O facto de numa comunidade os problemas identificados poderem ser de diferentes índoles, contribui para uma grande diversidade de intervenções.

No caso presente, na UCSP de Marvila, foram identificadas duas necessidades que permitiram o desenvolver de dois projectos de intervenção.

A reorganização da consulta de enfermagem à pessoa diabética foi um projecto que implicou um alargado diagnóstico de situação, que permitiu identificar os problemas de intervenção prioritária. Observou-se que a consulta era desadequada face às directrizes e normas em vigor, e que, na prática, não permitia a capacitação e a autonomia das pessoas diabéticas que a ela recorriam.

O projecto de intervenção realizado, visou criar linhas orientadoras da consulta, que permitissem um atendimento mais adequado às necessidades de cada utente, promovendo o auto-cuidado e a responsabilização da pessoa pela adopção de comportamentos protectores da sua saúde.

Da intervenção com os utentes foi possível obter experiências riquíssimas. Pretendeu-se realizar consultas mediante as normas de procedimentos propostas e perceber se estas facilitavam a intervenção do enfermeiro. Os resultados demonstram que, na globalidade, houve uma melhoria nos registos de enfermagem, nos ensinamentos realizados e na promoção da autonomia do utente através de planos individuais e sessões de educação em grupo. Este projecto permitiu intervir num grupo de utentes crónicos, o que se revelou fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

A utilização do programa informático SAPE nesta consulta, foi o ponto de partida para o segundo projecto.

A globalização é cada vez mais uma realidade. Em enfermagem desde há muito que se tentam classificações que permitam a uniformização das práticas. A CIPE é cada vez mais adoptada por serviços de enfermagem em todo o mundo. A sua utilização começa a ser regra e, na

UCSP de Marvila não seria excepção. Assim, o projecto implementado visou formar enfermeiros de referência para, após o estágio, manterem a utilização da linguagem através do programa informático SAPE e proporcionarem a formação dos seus pares.

Os resultados obtidos foram sem dúvida muito positivos. Foram envolvidos no projecto mais enfermeiros do que os inicialmente propostos por estes terem sentido a motivação necessária para se envolverem neste projecto. Mesmo em formação e a terem de replicar registos, os enfermeiros empenharam-se de tal forma que houve registos SAPE em todos os programas de enfermagem da UCSP.

A nível pessoal, considera-se que a aquisição e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista de enfermagem comunitária, foram reais. Embora ainda com um longo percurso para percorrer, sentiu-se, uma grande evolução ao longo do estágio. Os projectos, ao serem tão diferentes, acabaram por permitir desenvolvimento das diferentes competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Acredita-se que, acima de tudo, mesmo acima do desenvolvimento de competências, ficou o facto de ambos os projectos terem sido considerados mais-valias para a UCSP de Marvila. Sendo com orgulho que afirmo que os enfermeiros da referida unidade têm mantido activos os dois projectos.

Foram dois projectos muito diferentes, mas ambos permitiram manter acesa a vontade de continuar a investir na área da enfermagem comunitária.

A cultura da promoção da saúde e da prevenção da doença, passando pela capacitação das pessoas, para lidarem com a saúde e doenças próprias, é sem dúvida a ambição que fica para a prática futura.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ BILOUS, Rudy W. – **Understanding Diabetes**. UK Book Logic – Family Doctor Publications Limited, 2004. ISBN 1898205736.
- ✓ BOAVIDA, José – **Como usar a insulina**. Lisboa:LIDEL - Edições Técnicas, 2005. ISBN 978972757362.
- ✓ CANDEIAS, Anabela, et al – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes** . Lisboa: DGS, 2008. 24p. ISBN 978-972-675-180-9.
- ✓ CORREIA, Luís Gardete., et al – **Diabetes tipo 2: Um Guia de Apoio e Orientação**. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, 2009. ISBN 978-972-757-463-6.
- ✓ CUBAS, Márcia Regina; SILVA, Sandra Honorato da; ROSSO, Mariângela – **Classificação de Enfermagem Para a Prática de Enfermagem (CIPE): uma revisão de literatura**. Revista Electrónica de Enfermagem. Vol. 12, n.º 1 (2010), p.186-194. [Acedido a 19 de Fev. 2011]. Disponível na Internet: <http://www.fen.ufb.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>.
- ✓ CUNHA FILHO, Hilson; FERREIRA-BORGES, Carina – **Organização de Intervenções Preventivas: Gestão de Problemas em Saúde em Meio Escolar**. 1ª ed. Lisboa: Coisas De Ler Edições, 2008. ISBN 978-972-8710-97-2.
- ✓ CUNHA, Ana Patrícia; MOTA, Liliana – **Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem: Guia Prático**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-32-5.
- ✓ DECRETO-LEI n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República Iª Série. Nº 38, p. 1182-1189.
- ✓ DECRETO-LEI 161/96, de 4 de Setembro. Diário da República Iª Série. Nº 205, p.2959-2962.
- ✓ DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho. Diário da República Iª Série. Nº 109, p. 3856-3865.
- ✓ DUARTE, Rui, et al – **Diabetologia Clínica**. Lisboa: LIDEL: Edições Técnicas, 2002. ISBN 972-757-162-X.
- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
- ✓ ICN – **Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE**. Trad. Dr.ª Hermínia Castro. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. ISBN 978-989-96021-6-8.
- ✓ ICN – **Servir a Comunidade e Garantir a Qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**. Trad. Dr.ª Hermínia Castro. Ordem dos Enfermeiros, 2010. ISBN 978-989-96021-9-9.

- ✓ INE – **Censos 2001: Resultados Definitivos**. Lisboa: INE, 2001. ISBN 972-673-610-2.
- ✓ LEAL, Maria Teresa – **A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-20-8.
- ✓ MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical Nursing: Development and Progress**. 4ª ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2007. ISBN 978-0-7817-3673-2.
- ✓ Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004/2010**. Lisboa: [s.n.] 2004.
- ✓ Portal de Codificação Clínica [acedido a 2 Fev. 2011]. Disponível na Internet: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal.
- ✓ SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABÉTOLOGIA – **Estudo da Prevalência de Diabetes em Portugal PREVDIAB 2009**. Lisboa, 2009. [Acedido a 6 de Jun 2010]. Disponível na Internet: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/219DAD78-CD13-43CE-9221-42744B24176C/0/EstudoprevalenciaDiabetesemPortugal.pdf>.
- ✓ REGULAMENTO n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República IIª Série. Nº 35, p. 8667-8669.
- ✓ OBSERVATÓRIO NACIONAL DA DIABETES – **Diabetes: Factos e Números 2010**. [Acedido a 20 de Fevereiro de 2011]. Disponível na Internet: <http://www.rcmpharma.com/uploads/portal/Relat%C3%B3rio%20do%20Observat%C3%B3rio%20Nacional%20da%20Diabetes%202010.pdf>.
- ✓ SAARISTO, Timo et al - **National Type 2 Diabetes Prevention Programme in Finland : FIN-D2D**. International Journal of Circumpolar Health. Vol.66, nº 2 (2007), http://ijch.fi/issues/662/662_Saaristo.pdf Disponível a 06/06/2010.
- ✓ SALDANHA, Helena – **Nutrição Clínica**. Lisboa: LIDEL: Edições Técnicas, 1999. ISBN 978-972-757-103-4.
- ✓ TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. Trad. Ana Maria Albuquerque. 5ª ed, em Inglês. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.
- ✓ TUOMILEHTO, Jaakko [et al] – **Prevenção da diabetes mellitus tipo 2 por alterações no estilo de vida entre sujeitos com tolerância reduzida à glucose**. The New England Journal of Medicine. Massachusetts. Vol. 334, nº 18 (2001) [acedido em 18 de Fev. 2010]. Disponível na Internet: www.nejm.org.

ANEXOS

ANEXO A – Cronogramas do Primeiro e Segundo Módulos de Estágio

CRONOGRAMA DO MÓDULO I DO ESTÁGIO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA 2009/2011 DO ICS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ACTIVIDADES (ANO DE 2010)	19 - 23 ABRIL	26 - 30 ABRIL	3 - 7 MAIO	10-14 MAIO	17 - 21 MAIO	24 - 28 MAIO	31 MAIO - 4 ABRIL	7 - 11 ABRIL	14 - 19 ABRIL
REUNIÃO COM ENFERMEIRO ORIENTADOR									
REUNIÃO COM PROFESSORA ORIENTADORA									
COLHEITA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DA UCSP MARVILA									
COLHEITA DE DADOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE APOIO AO UTENTE DIABÉTICO									
AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE APOIO AO UTENTE DIABÉTICO - ANO 2009									
OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE PODOLOGIA									
CONTACTOS COM EQUIPA DE ENFERMAGEM PARA DISCUSSÃO DO PROJECTO									
COLHEITA DE DADOS DE DISPOSITIVOS MÉDICOS									
ELABORAÇÃO DE FOLHAS INFORMATICAS PARA GESTÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS									
REORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO DE ARMAZENAMENTO DE MATERIAL DA CONSULTA(ARMÁRIO)									
ENQUADRAMENTO TEÓRICO									
ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NA APDP									

NOTAS:

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PARALELAMENTE:

- **REUNIÕES** anteriores ao estágio com a Professora Rasquilho Vidal no dia 09 de Abril de 2010 e com o Enfermeiro Orientador no dia 06 Abril de 2010;
- **PEDIDO** de estágio de observação na APDP enviado por e-mail no dia 16 de Maio de 2010;
- **ELABORAÇÃO** de guia de orientação da consulta de apoio ao utente diabético e em risco de diabetes, com fundamentação teórica e legal;
- **ELABORAÇÃO** do PORTFÓLIO de estágio;
- **REUNIÃO FORMAL** com equipa de enfermagem da UCSP de Marvila no dia 15 de Junho de 2010

Cronograma do Modulo II do Estágio do Mestrado em Enfermagem Comunitária

ACTIVIDADES (Setembro, Outubro, Novembro, 2010)	27	28	29	30	1	4	6	7	18	20	21	22	25	26	27	28	29	3	4	5	10	11	12	17	18	19
Reuniao com o Enfermeiro Orientador	█				█										█				█		█		█			
Reunião com o Enfermeiro Perito (SAPE)		█						█								█										
Reunião com a Professora Orientadora					█					█		█														█
Contactos telefónicos com os utentes para confirmação de consulta			█				█			█					█			█			█				█	
Pré-teste das alterações a implementar nas consultas de enfermagem individuais a utentes diabéticos				█				█			█															
Implementação das alterações à consulta																█			█			█			█	
Implementação do Programa SAPE																										
Análise dos Resultados das Consultas																	█	█		█	█		█	█		█
SES - Promoção da Autonomia																									█	
Análise e avaliação das SES																									█	█
Realização das Guidelines da Consulta	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Realização do Plano de Sessão de Educação em Grupo															█	█	█	█	█	█	█	█	█	█		
Contactos com a equipa de enfermagem para Discussão do Projecto															█	█	█	█	█	█	█	█	█	█		

Paralelamente foi sendo realizado o Portfólio de Estágio

Nota: os questionários realizados e utilizados foram alvo de pré-teste antes da utilização dos mesmos.

ANEXO B – Tabela Síntese dos Dados Recolhidos dos Registos Activos da Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética do ano 2009

Tabela Síntese dos Dados Recolhidos dos Registos Activos da Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética do ano 2009

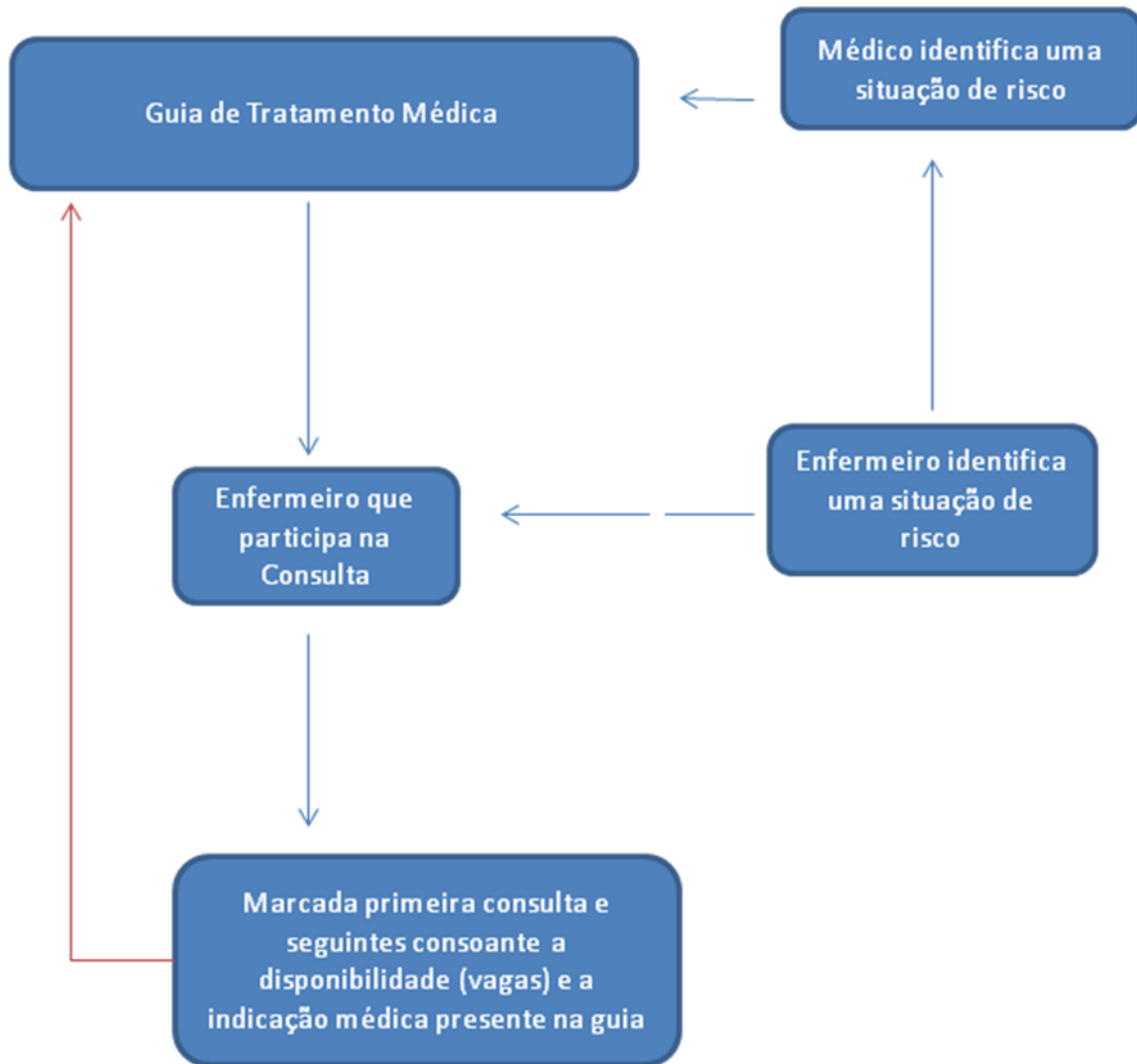
Síntese Dados Recolhidos	
Género	
Masculino	31
Feminino	34
Idade	
15-44	2
45-64	16
64-79	37
>80	10
Grau de Instrução	
Analfabeto	9
Até à 4ª Classe	16
Cursos Técnicos	8
Desconhecido	32
Profissão	
Activo	11
Reformado	48
Desconhecido	6
Raça	
Caucasiano	44
Desconhecido	21
Agregado Familiar (Vive com)	
Sozinho	11
1 pessoa	27
2 pessoas	5
3 pessoas	6
4 pessoas	1
5 pessoas	1
Desconhecido	14
Antidiabéticos Orais	
Sim	42
Não	6
Desconhecido	17
Insulina	
Sim	4
Não	44
Desconhecido	17
Nº de Consultas em 2009	
0 consultas	12
1 consulta	17
2 consultas	9
3 consultas	9
4 consultas	10
5 consultas	4
6 consultas	3
7 consultas	1
Primeira Consulta	
Sim	25
Não	40
Glicémia Capilar	
>=140	33
<140	18
Desconhecido	14
TAMN/HG	
>=130/80	34
<130/80	16
Desconhecido	15
IMC	
19-24,9	6
25-29,9	20
30-34,9	10
>35	9
Desconhecido	20
Fez Consulta de Podologia	
Sim	17
Não	48
Autovigilância	
Sim	31
Não	4
Desconhecido	30

ANEXO C – Notas da Observação Participante nas Consultas de Enfermagem à Pessoa Diabética

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante decorreu nos dias 22 e 29 de Abril e 6 de Maio de 2010. As consultas eram efectuadas às quintas-feiras, das 9h às 13h. Destacam-se as observações que permitiram complementar o diagnóstico de situação.

Os utentes eram encaminhados para esta consulta através de guias médicas, faziam o seguinte percurso:



- A folha de colheita de dados e registo de cuidados de enfermagem estava incompleta, relativamente às recomendações do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes de 2008;
- Os dados não eram correctamente registados, existindo campos sem qualquer preenchimento;
- Os profissionais de enfermagem, face à falta de auto-cuidado e auto-vigilância dos utentes, acabavam por se desmotivar;

- A maioria dos utentes apenas vinha à consulta para avaliar a tensão arterial e a glicemia capilar. Os ensinamentos, feitos muitas vezes entre as avaliações dos dados analíticos e antropométricos, para se tentar obter a atenção dos utentes, que, mesmo assim, desvalorizavam, na sua grande maioria, os ensinamentos realizados.

- Para material de apoio às consultas são reservadas algumas prateleiras de um armário, que visivelmente não é suficiente para armazenar o material didático e os dispositivos (glucómetros e canetas de insulina) necessários à consulta. Este material não estava organizado nem contabilizado.

ANEXO D – Norma de Procedimentos da Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética

Norma de Procedimentos da Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética

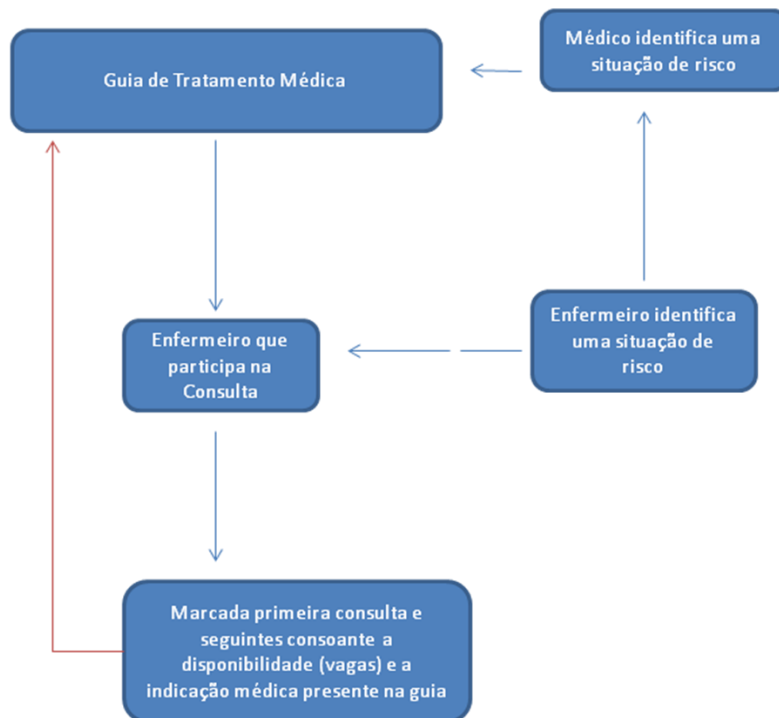
As linhas orientadoras aqui apresentadas, são fruto de 3 grandes elementos: a avaliação feita à Consulta de Enfermagem de Apoio ao Utente Diabético do ano de 2009, a análise às normativas escritas sobre a actuação face à diabetes e o estágio de observação na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

Perante um cenário com vários problemas diagnosticados, que necessitam de intervenção, considera-se prioritário protocolar a presente consulta de enfermagem, no sentido de se uniformizar práticas e de tornar o apoio à pessoa diabética mais eficaz e cada vez mais impulsionador do empowerment da pessoa na gestão da sua situação de doença. É assim fundamental considerar a educação para a saúde como principal objectivo da consulta de enfermagem de apoio ao utente diabético, desmistificando “a picada no dedo” tão valorizada pelos utentes.

Para tal, e tendo em conta que existem já utentes em consulta, é importante que se ajuste a forma de actuação às necessidades de cada um, usando a metodologia de Plano Individual para cada utente.

Importa aqui fazer referência ao percurso até então utilizado pelos utentes. Este percurso reflecte a falta de recursos humanos (marcações dependentes da disponibilidade de vagas) e a quase inexistente comunicação entre médicos e enfermeiros, representada pela linha vermelha, não havendo muitas vezes um feedback para o médico depois de o utente iniciar as consultas de enfermagem.

Percurso existente do utente diabético na consulta de enfermagem



Plano Individual de Atendimento de Enfermagem ao Utente com Diabetes

Perante isto, as alterações a implementar passam por estruturar a consulta para utentes já em seguimento e utentes de primeira consulta. É assim prioritário (re)avaliar cada utente individualmente e, perante as necessidades, identificar os cuidados necessários.

É então fundamental reavaliar:

- Situação sociocultural do utente;
- Crenças, mitos, medos sobre a doença;
- Conhecimentos que detêm e a forma como gerem a doença (auto-cuidado, auto-vigilância, AOD, Insulina, hipo e hiperglicémias);
- Impacto da doença na vida do utente;
- Exames Laboratoriais;
- T.A.;
- IMC e Perímetro Abdominal.

Com base nestes itens avaliados, será efectuado um plano individual, que terá por base as seguintes premissas:

- ⊗ Desmistificar a crença da importância da glicemia capilar na consulta de enfermagem;
- ⊗ Incentivar o auto-cuidado e a auto-vigilância;
- ⊗ Em utentes dependentes, incluir familiare(s) para que sejam colaboradores na auto-vigilância e no auto-controlo;
- ⊗ Educar para a saúde, fornecendo conhecimentos, e incentivando o empowerment de cada utente;

Assim se pretende que a consulta tenha um cariz educativo. É importante que sirva como uma referência, onde o utente pode tirar dúvidas e aumentar a sua auto-suficiência na gestão deste problema de saúde. A importância do auto-cuidado assume-se assim fulcral nesta consulta e para facilitar a execução da mesma, segue-se a teoria geral de Enfermagem de Dorothea Orem, que tem o seu foco no auto-cuidado.

A prática deverá seguir um conjunto de critérios, no sentido de uniformizar a forma de actuação, não esquecendo que o que é proposto é um Plano de Cuidados Individual para cada utente.

Para poderem aceder à consulta de enfermagem de diabetes, os utentes podem dirigir-se directamente aos enfermeiros da sala de tratamentos e pedirem que seja feita a marcação; podem ser encaminhados pelo médico de família ou por qualquer outro profissional de saúde da UCSP de Marvila, que identifique a necessidade deste atendimento.

A avaliação inicial será o ponto de partida, e será esta que permitirá elaborar um plano individualizado para cada utente.

A introdução dos Registos de Enfermagem Informatizados é um dos pontos inovadores da reestruturação da consulta. Será utilizado o programa informático SAPE, que permite um processo único para cada utente, facilitando a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde.

Assim, na primeira consulta, deve ser efectuada a colheita de dados e verificada a conformidade com os dados já existentes em SAPE. Quando é denotada alguma irregularidade, deve proceder-se ao encaminhamento do utente, no final da consulta, aos serviços administrativos para se proceder à alteração dos dados (por exemplo: número de contacto, morada, etc).

Desta colheita de dados deve constar:

Nome	Data de Nascimento
Género	Número de Utente
Etnia	Profissão
Activo/Reformado	Morada
Contacto	Médico de Família
Ano de diagnóstico da diabetes	Escolaridade
Letrado/Analfabeto	Agregado Familiar
Apoios Formais e informais	Isolamento social
Antecedentes familiares e pessoais relevante	Adesão à Terapêutica Instituída
Uso de substâncias: álcool, tabaco e drogas	Auto-vigilância
Hábitos alimentares	Actividade física

Após a colheita de dados:

- Proceder-se ao estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e de intervenções de enfermagem. O programa SAPE tem parametrizados os diagnósticos e as intervenções para o programa de saúde Grupo de Risco: Diabetes. É este o que será utilizado na consulta. De qualquer forma, apresentam-se de seguida alguns diagnósticos e intervenções propostos antes do início da utilização do programa SAPE e, caso se tornem fundamentais, poderão ser parametrizadas para a UCSP de Marvila.

Quadro 3 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em Linguagem CIPE.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Aceitação do estado de saúde não demonstrado
Aceitação do estado de saúde, Suporte: não percebido
Adesão ao regime terapêutico não demonstrado
Aprendizagem de habilidades para auto-vigilância não demonstrada
Auto-consciência sobre capacidade de auto-vigilância diminuída
Capacidade para proceder à auto-vigilância não demonstrado
Capacidade para realizar exercício físico não demonstrada
Capacidade para realizar auto-vigilância do pé não demonstrada
Conhecimento sobre diabetes não demonstrado
Conhecimento sobre alimentação saudável não demonstrado
Conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar não demonstrado
Conhecimento sobre a auto-vigilância do pé não demonstrado

Conhecimento sobre complicações agudas da diabetes não demonstrado
Conhecimento sobre complicações tardias da diabetes não demonstrado
Conhecimento sobre a relação auto-controlo e manutenção da saúde não demonstrado
Conhecimento sobre estratégias de coping não demonstrado
Crença de saúde não demonstrada
Crença de saúde sobre capacidade de execução não demonstrada
Crença errónea sobre alimentação
Crença errónea sobre diabetes
Esperança não demonstrada
Iniciativa não demonstrada
Presença de excesso de peso
Presença de obesidade
Presença de hipertensão arterial
Presença de dislipidémias
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
MONITORIZAR/VIGIAR
Monitorizar altura corporal
Monitorizar frequência cardíaca
Monitorizar glicemia capilar
Monitorizar Índice de Massa Corporal (IMC)
Monitorizar peso corporal
Monitorizar perímetro abdominal
Monitorizar risco de úlcera do pé diabético
Monitorizar tensão arterial
Supervisionar a dieta
Vigiar pés
GERIR
Optimizar crenças em valores (valores)
Requerer serviço de nutrição
Requerer serviço domiciliário
Requerer serviço social
EXECUTAR
Executar cuidados aos pés
CUIDAR
Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
Elogiar a aprendizagem de habilidades
Elogiar envolvimento da família
Elogiar tomada de decisão
Encorajar a diminuição/abandono do consumo de drogas

Encorajar a diminuição/abandono do consumo de tabaco
Incentivar a actividade física
Incentivar o abandono do consumo de álcool
Incentivar adesão à vacinação
Incentivar adesão ao regime terapêutico
Incentivar auto-vigilância
Incentivar cuidados aos pés
Negociar adesão ao regime terapêutico
Negociar auto-cuidado: actividade física
Promover a adaptação a novos estilos de vida
Promover a esperança
Reforçar confiança na aprendizagem de habilidades
Reforçar crenças de saúde
Reforçar crenças de saúde: capacidade de execução
INFORMAR
Aconselhar o uso do cartão de identificação do diabético
Educar auto-cuidado: actividade física
Educar sobre hábitos alimentares
Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping
Ensinar auto-vigilância dos pés
Ensinar sobre a dieta
Ensinar sobre a relação entre auto-vigilância e prevenção de complicações
Ensinar sobre auto-vigilância: glicemia
Ensinar sobre auto-cuidado: actividade física
Ensinar sobre auto-vigilância
Ensinar sobre complicações
Ensinar sobre complicações do regime terapêutico ineficaz
Ensinar sobre complicações do consumo de drogas
Ensinar sobre complicações do excesso de peso
Ensinar sobre comportamento de procura de saúde
Ensinar sobre comportamentos de adesão
Ensinar sobre hábitos alimentares
Ensinar sobre prevenção de complicações
Ensinar sobre sinais de hipoglicemia capilar
Ensinar sobre sinais de hiperglicemia capilar
Ensinar sobre vacinação
Informar sobre alimentação
Informar sobre exercício físico
Informar sobre Guia do Diabético

Instruir auto-vigilância da glicemia capilar
Instruir auto-vigilância dos pés
Instruir sobre técnica de auto-administração da insulina
Orientar a pessoa para serviços médicos
Treinar auto-vigilância
Treinar auto-vigilância da glicemia capilar
Treinar auto-vigilância dos pés
Treinar técnica de auto-administração da insulina

Percebe-se que na consulta são monitorizados vários valores metabólicos e antropométricos. No Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (DGS; 2008) estão descritas as metas terapêuticas e orientadoras, e são estas as utilizadas, juntamente com os diagnósticos de enfermagem, para aplicar critérios de seguimento na consulta de enfermagem de diabetes.

As metas estipuladas são as seguintes:

Glicemia Capilar: jejum <108 mg/dl
pós-prandial <140 mg/dl

HgA1c: inferior a 6.5%

Tensão Arterial: inferior a 130/80 mmHg ou 125/75 mmHg (quando há patologia renal associada) – consulta de enfermagem semestral;

IMC: inferior a 24,9 – consulta de enfermagem semestral;

Perímetro Abdominal: inferior a 94 cm (H) e 80 cm (M) – consulta de enfermagem semestral;

Dislipidémias: Colesterol total: inferior a 175 mg/dl; HDL superior a 40 mg/dl (H) e superior a 46 mg/dl (M); LDL inferior a 100 mg/dl;

: Triglicéridos: inferior a 150 mg/dl.

Perante todos estes critérios, estipula-se que, para a consulta ser **trimestral**, basta que esteja presente um diagnóstico de enfermagem dos anteriormente descritos ou um valor metabólico ou antropométrico fora das metas terapêuticas e orientadoras. Nas consultas seguintes será reavaliado o diagnóstico anterior e serão focados os ensinamentos necessários para atingir a autonomia no controlo da diabetes.

Caso os valores metabólicos estejam muito alterados ou existam vários diagnósticos de enfermagem que denotem défice no auto-cuidado, as consultas poderão ser executadas com **periodicidade inferior**, mediante avaliação individual.

Utentes que demonstrem autonomia na gestão da sua doença e que apresentem valores dentro dos limites das orientações já aqui apresentadas, deverão participar em **duas consultas anuais**.

Relativamente a utentes de primeira consulta, a segunda consulta deve ser programada para um mês depois e as restantes seguem os critérios já aqui apresentados.

Embora exista a Consulta de Podologia, a vigilância do pé diabético integra-se na consulta de enfermagem da diabetes.

Apresenta-se aqui, a título de exemplo, a classificação descrita por CORREIA, et al (2009). O seguinte quadro onde descreve a proposta de vigilância dos pés no diabético, mediante o perfil de risco:

Quadro 4 – Frequência de avaliação dos pés consoante o perfil de risco.

<i>A FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO CONSOANTE O PERFIL DE RISCO</i>		
<i>Categoria</i>	<i>Perfil de risco</i>	<i>Frequência de Avaliação</i>
<i>0</i>	<i>Sem neuropatia sensitiva</i>	<i>1 vez/ano</i>
<i>1</i>	<i>Com neuropatia sensitiva</i>	<i>6 em 6 meses</i>
<i>2</i>	<i>Com neuropatia + doença vascular e/ou deformações</i>	<i>3 em 3 meses</i>
<i>3</i>	<i>Úlcera</i>	<i>1 a 3 meses</i>

(CORREIA, et al, 2009, p. 137)

Embora apresente aqui esta classificação, importa referir que no programa SAPE existe uma escala de avaliação do risco de úlcera de pé diabético, que permite a vigilância completa do pé, e preconiza automaticamente o tempo entre as diferentes avaliações.

Como na consulta de enfermagem de diabetes fica somente preconizada a vigilância e o ensino para o auto-cuidado, qualquer alteração identificada que necessite de intervenção, deve ser encaminhada para consulta de podologia

Assim se percebe que, pelo menos uma vez por ano deve proceder-se à vigilância dos pés.

ANEXO E – Tabela Síntese dos Resultados Obtidos nas 21 Consultas de Enfermagem à Pessoa Diabética

SÍNTESE DADOS

Idade	
15-44	1
45-64	7
64-79	10
Mais de 80	3
Género	
Masculino	12
Feminino	9
Raça	
Caucasiano	21
Profissão	
Activo	6
Reformado	14
Desempregado	1
Grau de Instrução	
Analfabeto(a)	4
Sabe Escrever	1
1º Ciclo	11
2º Ciclo	2
Ensino Secundário	2
Ensino Superior	1
Agregado Familiar	
Sozinho(a)	3
Com Conjugue	15
Com Conjugue e filhos dependentes	2
Com Filho(a)	1
Diabético Desde	
Menos de 1 Ano	4
Entre 1 e 4 Anos	5
Menos 5 e 9 Anos	6
Mais de 10 Anos	6
Primeira Consulta	
Sim	4
Não	17
Tempo em Consulta	
Menos de 1 Ano	7
Entre 1 e 4 Anos	6
Menos 5 e 9 Anos	7
Mais de 10 Anos	1
Consultas em 2009	
0 Consultas	8
1 Consulta	2
2 Consultas	1
3 Consultas	3
4 Consultas	5
5 Consultas	1
6 Consultas	1

Consultas em 2010	
1 Consulta	1
2 Consultas	5
3 Consultas	2
4 Consultas	7
5 Consultas	3
6 Consultas	2
7 Consultas	1
Doenças Concomitantes	
Sim	17
Não	1
Desconhecido	3
Complicações na Diabetes	
Sim	4
Não	10
Desconhece	7
Alcool	
Sim	8
Não	13
Tabaco	
Fumador	1
Não Fumador	16
Ex-fumador	4
Drogas	
Sim	0
Não	21
Glicémia	
>= 140	8
< 140	13
Jejum/Pósprandial	
Jejum	0
Pósprandial	21
TA	
<130/80	5
>=130/80	16
IMC	
19-24,9	1
25-29,9	10
30-34,9	6
>=35	4
Perímetro Abdominal Homem	
<94	1
>=94	11
Perímetro Abdominal Mulher	
<80	0
>=80	8
Não Avaliado	1

Vigilância Anual aos Pés	
Sim	11
Não	1
Programado - Podologia	3
Programar	6
Cuida dos Pés Diariamente	
Sim	9
Não	12
Alterações nos Pés	
Sim	8
Não	13
Faz Auto-vigilância	
Sim	18
Não	1
Vai Iniciar	2
Faz Alimentação Saudável	
Sim	2
Não	19
Faz Exercício Físico	
Sim	13
Não	8
Demonstra Conhecimentos	
Sim	3
Não	6
Sessões de Educação Em Grupo Propostas	
Promoção da autonomia e vigilância aos pés	12
A propor	1
Não apresenta critérios para a SES	8
Plano Individual Proposto	
Consulta Mensal	4
Consulta Trimestral	16
Consulta Semestral	1
Terapêutica	
AOD	19
Dieta	2

ANEXO F – Plano e Guião da Sessão de Educação Para a Saúde - Promoção da Autonomia do Utente Diabético e Auto-vigilância do Pé

SES – Promoção da Autonomia do Utente Diabético e Auto-vigilância do Pé.

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS	INDICADORES
-Descrever a importância da auto-vigilância na diabetes.			
-Relacionar o auto-cuidado com a manutenção da saúde.			
- Identificar complicações agudas e tardias da diabetes.		- Sala;	
-Identificar os principais comportamentos saudáveis a ter para evitar complicações da diabetes.	- Interactiva - Expositiva se necessário	- Cadeiras (disposição circular); - Papel e canetas	Questionário de avaliação da sessão
- Identificar comportamentos de risco na diabetes.			
- Identificar os comportamentos adequados na vigilância do pé.			
- Identificar sinais de risco de úlcera de pé diabético.			

A presente sessão de educação visa uma partilha de ideias entre todos os presentes, pelo que, se apresenta aqui um guião que serve para moderar a sessão.

Este guião está dividido pelos grandes temas a abordar.

A duração será entre 60 a 90 minutos, consoante a participação dos diferentes elementos do grupo.

O que é a DIABETES?

- Caracteriza-se por níveis excessivamente elevados de glicose no sangue;
- Pode resultar de falhas na produção de insulina e/ou falta de sensibilidade à insulina;
- O órgão do corpo responsável pela produção da insulina é o pâncreas.

De uma forma simples: A glicose é a nossa energia e precisa de chegar a todas as partes do nosso corpo, para isso precisa da insulina. Assim, quando falta a insulina (ou

quando esta não é suficiente), a glicose fica no sangue, em excesso, tornando-se nefasta.

- Existem várias formas de Diabetes:

Tipo I – insulino dependente (predominantemente em idades mais jovens)

Tipo II – não insulino dependente (predominante em pessoas mais idosas)

Diabetes gestacional

(entre outros)



É a forma mais comum de Diabetes! Cerca de 90-95% do total de pessoas com diabetes são portadores de diabetes tipo II.

Neste caso, o pâncreas produz insulina (mas esta é insuficiente ou o resto do corpo torna-se insensível à sua acção) assim, ainda existe insulina, sendo por isso que, normalmente, estes utentes começam por utilizar medicação oral.

Este tipo de diabetes é afectado por vários factores:

- Factores genéticos;
- Obesidade ou sobre peso;
- Gordura predominantemente abdominal;
- Sedentarismo e outros hábitos de vida (alimentação desadequada, entre outros)

A diabetes é uma doença crónica – não tem cura mas pode ser controlável!

A diabetes é uma doença progressiva!

A pessoa com diabetes, e depois do que já foi descrito anteriormente, pode agir de forma a controlar a sua doença, como:

Alimentação Equilibrada

- É preciso vincar que a alimentação do diabético é a alimentação que todos nós deveríamos fazer diariamente!

A alimentação equilibrada contempla:

- Evitar o consumo de açúcares de absorção rápida (produtos aos quais é adicionado açúcar);

- Preferir o consumo de açúcares de absorção lenta (arroz, massa, batata, pão);

- Fraccionar as refeições ao longo do dia, mantendo intervalos entre as mesmas (3h durante o dia, 9 horas durante a noite);

- Aumento da ingestão hídrica;

- Leitura de Rótulos;

- Diminuir consumo de gorduras (preferindo o azeite);

- Aumentar consumo de Vegetais;

- Preferir cozidos e grelhados;

- Preferir carne e peixes magros;

- Ter em atenção às quantidades ingeridas às refeições e comer devagar!

Uma dieta equilibrada permite que:

- Haja mais controlo sobre a glicemia;

- Haja uma diminuição do Peso, da TA das Dislipidémias

Assim consegue-se diminuir o risco de complicações

Exercício Físico

- Deve ser diário;

- No mínimo deve ser de 10 minutos seguidos

- Cada um ao seu ritmo!

- Comer sempre antes e levar sempre um pacote de açúcar!
- Mudar hábitos sedentários: não usar o comando da TV, usar as escadas, se utilizar transportes públicos sair 2 estações antes, ir para o jardim ou para o quintal, passear o cão, juntar um grupo para fazer caminhadas, num horário seguro, entre outros

As vantagens de desenvolver uma actividade física podem ser:

- Diminuição da Glicémia,
- Aumento do bem-estar e da liberdade de movimentos,
- Diminuição de Peso.

Medicação

- Aderir à medicação tal como prescrita!
- Sejam comprimidos ou injeção de insulina, a medicação é fundamental.
- A insulina não é o fim da linha, é uma opção de tratamento muito importante, e com menos efeitos secundários que os comprimidos.

A diabetes é uma doença para a vida. Cabe a cada pessoa com diabetes, perceber que são os próprios os responsáveis pela manutenção de uma vida plena, sem complicações.

Para isso é importante o cuidado diário com alimentação, com a medicação e praticar alguma actividade física. Para além disso é também fundamental que o diabético conheça a sua doença, através da auto-vigilância!

Auto-vigilância

- Consideram importante fazer a pesquisa da glicemia capilar em casa?
- Para que serve?
- Quantas vezes se deve fazer?

É importante que se saiba que uma pesquisa de glicemia capilar isolada não tem valor!

A glicemia é muito variável ao longo do dia e é influenciada pelas nossas escolhas: o que comemos, se caminhamos, se tomamos a medicação! A sua pesquisa é importante para a interpretarmos e actuarmos para melhorar!

Somos todos diferentes, cada um tem valores padrão diferentes, mas existem valores que, devido a pesquisas científicas, são considerados como os valores abaixo dos quais, os diabéticos não correm risco de desenvolver complicações.

Em Jejum <108 mg/dl

Depois de Comer <140 mg/dl

De uma forma geral a diferença de glicemia antes e depois das refeições não deve ser superior a 50 mg/dl

Cuidado: *HIPOGLICEMIA* < 70 mg/dl! – nestes casos tomar açúcar imediatamente, voltar a medir 5 a 10 minutos depois – se subir e se sentir melhor, deve comer (por exemplo pão)

HIPERGLICEMIA

- Aguda – poliúria, boca seca, enjoo, sede, mal-estar geral, cansaço fácil, falta de apetite, vômitos, dores abdominais, hálito a maçã

deve: Beber muita água, comer (mesmo sem apetite) e dirigir-se ao médico assistente.

- Crónica – quando a glicemia se mantém elevada por longos períodos de tempo, vários sistemas do organismo podem ser afectados: Olhos, Rins, Pés!

Vigilância dos Pés

Porquê fazer?

- A diabetes afecta a circulação periférica e a rede nervosa periférica, logo os pés ficam mais vulneráveis a traumatismos e deformações.

Como fazer?

Diariamente:

- Olhar para os pés (pesquisar feridas, manchas, gretas);
- Lavar os pés com água morna corrente;
- Usar sabonete de pH neutro;
- Secar bem os pés – especialmente entre os dedos;
- Aplicar creme hidratante;
- Utilizar meias e toalhas claras, de algodão ou lã (meias não apertadas);
- Olhar para os sapatos antes de os calçar;
- Sentir a temperatura da água com a mão;

Uma vez por semana aplicar lixa de papel nas calosidades e unhas;

Nunca:

- cortar as unhas
- usar sacos de água quente
- usar calçadas ou outros produtos

Caso detecte alguma alteração devem vir ao Centro de Saúde.

Acima de tudo devemos fixar que, se mudarmos os nossos hábitos agora, antes de termos complicações, provavelmente vamos conseguir evitá-las ou atrasá-las bastante!

Fontes bibliográficas consultadas:

BOAVIDA, José – **Como usar a insulina**. Lisboa:LIDEL - Edições Técnicas, 2005. ISBN 978972757362.

CORREIA, Luís Gardete., et al – **Diabetes tipo 2: Um Guia de Apoio e Orientação**. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, 2009. ISBN 978-972-757-463-6.

DUARTE, Rui, et al – **Diabetologia Clínica**. Lisboa: LIDEL: Edições Técnicas, 2002. ISBN 972-757-162-X.

ANEXO G – Questionário e Respostas Abertas da Avaliação à SES - Promoção da Autonomia do Utente Diabético e Auto-vigilância do Pé

Questionário de Avaliação da Sessão em Grupo

No sentido de melhorar o atendimento ao utente com diabetes, e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, agradeço que responda ao seguinte questionário, que irá permitir avaliar se esta sessão em grupo foi, ou não, uma mais-valia para si.

O questionário é anónimo e a sua publicação não irá identificar nenhum utente, garantindo assim a sua privacidade. A resposta a este questionário é voluntária.

Género: Feminino___ Masculino___ Idade: ___ Diabético desde: ____

1.O que é a Diabetes?

2. Quais são os principais cuidados que um diabético deve ter?

3.Se um diabético não controlar a sua doença, o que pode acontecer?

4.Porque é importante fazer a auto-vigilância (picar o dedo)?

5. Gostaria de deixar alguma sugestão para melhorar o atendimento de enfermagem aos utentes com diabetes?

Agradecemos a sua participação

E lembre-se, cabe a si a responsabilidade de controlar a sua diabetes!

Respostas abertas obtidas pelo Questionário de Avaliação da Sessão em Grupo

Género: Feminino 2 ; Masculino; 5

Idade: 39 anos, 66 anos; 67 anos, 73 anos; 76 anos (2), 84 anos.

Diabético desde: 1990, 2000 (2), 2005, 2007 (2); 2008.

1. O que é a diabetes?

- É uma doença crónica, relacionada com o açúcar.
- É uma doença crónica.
- Glicemia, açúcar no sangue.
- É açúcar a mais no nosso sangue.
- É uma doença crónica.
- Doença crónica.
- Doença crónica.

2. Quais são os principais cuidados que um diabético deve ter?

- Ingerir pouca quantidade de alimentos. Caminhar bastante.
- Ter cuidado com o comer e tomar os medicamentos sempre na hora certa.
- Alimentação, exercício físico, higiene, principalmente nos pés.
- Ter uma alimentação adequada, fazer o tratamento.
- Com a alimentação.
- Tomar os medicamentos, cuidado com o comer e fazer exercício físico.
- Medicamentos e alimentação.

3. Se um diabético não controlar a sua doença, o que pode acontecer?

- Pode ter feridas nos pés, pode ter problemas nos olhos, pode desmaiar.
- Graves problemas.
- Aumento da glicemia e entrar em coma.
- Pode ter falta de visão, feridas nos pés e afecta os rins.
- Pode chegar aos pés e aos olhos.
- Entrar em coma.
- Pode agravar.

4. Porque é importante fazer a auto-vigilância?

- Para controlar como estão os valores, não devendo passar dos 140 depois das refeições e dos 108 em jejum. E abaixo dos 70 tomar açúcar.
- Para saber se andam controlados.
- Porque os diabetes aumentam e descem.
- Para ver os valores de açúcar no sangue e nos orientar.
- Para controlar o açúcar.
- Para saber como estamos controlados.
- Para controlar.

5. Gostaria de deixar alguma sugestão para melhorar o atendimento de enfermagem aos utentes com diabetes?

- Gostei da sessão porque senti que aprendi com ela.
- Melhorar o acesso aos serviços de enfermagem.

ANEXO H – Cronograma do Terceiro Módulo de Estágio

CRONOGRAMA DO MÓDULO III DO ESTÁGIO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA 2009/2011 DO ICS DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ACTIVIDADES (ANO DE 2010)	22 a 26 NOV	20 NOV A 3 DEZ	6 DEZ A 10 DEZ	13 A 17 DEZ	20 A 24 DEZ	3 JAN A 7 JAN	10 JAN A 14 JAN	24 A 28 JAN	14 - 19 ABRIL
REUNIÃO COM ENFERMEIRO ORIENTADOR									
REUNIÃO COM PROFESSORA ORIENTADORA									
ENQUADRAMENTO TEÓRICO									
APLICAÇÃO E ANÁLISE DE QUESTIONÁRIOS DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO									
FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS DE REFERÊNCIA									
ELABORAÇÃO DE MANUAL SAPE									
CONTACTOS COM EQUIPA DE ENFERMAGEM PARA DISCUSSÃO DO PROJECTO									
AVALIAÇÃO DO PROJECTO									

NOTAS:

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PARALELAMENTE:

- ELABORAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS E REALIZAÇÃO DOS RESPECTIVOS PRÉ-TESTES;
- REUNIÃO FORMAL com a equipa de enfermagem no dia 26 de Janeiro de 2011;
- ELABORAÇÃO do PORTFÓLIO de estágio;

ANEXO I – Questionário utilizado para o Diagnostico de Situação, do Projecto de Formação de Enfermeiros de Referência para a utilização do SAPE e Resultados Obtidos



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária – 3º Módulo de Estágio

Questionário para profissionais de enfermagem da UCSP de Marvila, sobre a utilização de linguagem CIPE e do programa informático SAPE.

Quando responder ao presente questionário deve ter em conta que:

- Será mantida a confidencialidade e a privacidade dos dados, sendo os mesmos utilizados para fins académicos;
- O presente questionário serve para estabelecer um diagnóstico de situação, que irá permitir a elaboração e execução de um projecto de intervenção sobre a utilização da linguagem CIPE e do programa SAPE;
- O questionário se encontra dividido em duas partes: Parte I – dados pessoais (sem identificação) e Parte II – Questões abertas, de resposta curta e questões de escolha múltipla, que contribuirão para o diagnóstico supracitado;
- É importante que responda a todas as questões;
- Qualquer questão que gostasse de ver esclarecida, pode sentir-se à vontade para a colocar.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e participação.

Cláudia Maria Rodrigues dos Santos

(clau_mrs@hotmail.com)

Parte I

Idade: ____ anos

Nas seguintes questões assinale a sua resposta com um **X**

Género: Feminino Masculino

Categoria Profissional: Nível I Graduado Especialista

Tipo de vínculo laboral:

Regime de contracto de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado;

Regime de contracto de trabalho em funções públicas por tempo determinado;

Regime de contracto de trabalho em funções públicas – contracto de trabalho em acumulação de funções;

Horário semanal de desempenho de funções na UCSP de Marvila: 12 horas

19 horas

35 horas

42 horas

Parte II

As seguintes questões serão relacionadas com a experiência profissional de cada um, não existindo respostas certas ou erradas.

1. Já participou nalguma formação sobre CIPE?

Sim

Não

Caso tenha respondido negativamente passe directamente à questão nº 2.

1.1. Há quanto tempo?

Menos de 1 ano

Mais de um ano

1.2. Qual foi a duração da mesma?

Menos de 14 horas

Entre 14 e 29 horas

Mais de 30 horas

1.3. A formação sobre CIPE foi:

Auto-financiada

Financiada pela sua entidade patronal

- 1.4. Considera que esta formação foi significativa para a aplicação da linguagem CIPE no seu contexto de trabalho actual? Justifique.

2. Já alguma vez utilizou a linguagem CIPE no desenvolvimento do seu percurso profissional?

Sim

Não

Caso tenha respondido negativamente passe directamente à questão nº 3.

2.1. Há quanto tempo?

Menos de 1 ano

Mais de 1 ano

2.2. Qual foi a duração da mesma?

Menos de 6 meses

Entre 6 meses a 1 ano

Mais de 1 ano

3. Já participou nalguma formação sobre SAPE?

Sim

Não

Caso tenha respondido negativamente passe directamente à questão nº 4.

3.1. Há quanto tempo?

Menos de 1 ano

Mais de um ano

3.2. Qual foi a duração da mesma?

Menos de 14 horas

Entre 14 e 29 horas

Mais de 30 horas

3.3. A formação sobre SAPE foi:

Auto-financiada

Financiada pela sua entidade patronal

3.4. Considera que esta formação foi significativa para a utilização do programa SAPE no seu contexto de trabalho actual? Justifique.

4. Já alguma vez utilizou o programa SAPE no desenvolvimento do seu percurso profissional?

Sim

Não

Caso tenha respondido negativamente passe directamente à questão nº 5.

4.1. Há quanto tempo?

Menos de 1 ano

Mais de um ano

4.2. Qual foi a duração da mesma?

Menos de 6 meses

Entre 6 meses a 1 ano

Mais de 1 ano

4.3. Utilizou o programa na vertente:

Cuidados de Saúde Primários

Hospitalar:

5. Considera importante a aplicação da linguagem CIPE e do programa informático SAPE na sua prática de cuidados de enfermagem? Justifique.

6. Sente-se motivado(a) para a implementação do programa SAPE na UCSP de Marvila?

Sim

Não

7. Justifique a resposta anterior.

Muito obrigada pela sua colaboração.

QUADRO SÍNTESE DADOS			
IDADE			
	Entre 25 e 30 Anos	Entre 31 e 45 Anos	Mais de 45
total	4	8	3
GÊNERO			
	Masculino	Feminino	
	2	13	
CATEGORIA PROFISSIONAL			
	Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro Especialista
total	5	7	3
VÍNCULO PROFISSIONAL			
	CTFPTI	CTFPTD	CTFPAC
total	6	5	4
HORÁRIO			
	35	42	Outros
total	8	3	4
FORMAÇÃO CIPE			
	Sim	não	
Total	7	8	
TEMPO que PASSOU DESDE a FORMAÇÃO			
	Menos de 1 ano	Mais de 1 ano	
total	2	5	
DURACÃO da FORMAÇÃO			
	.- 14h	entre 14 e 29 h	30 ou + horas
total	3	1	3
FINANCIAMENTO da FORMAÇÃO			
	Entidade Patronal	Escola	Auto-Financiada
total	4	1	2
USO CIPE			
	Sim	Não	
total	5	10	
TEMPO que PASSOU DESDE a FORMAÇÃO			
	Mais de 1 Ano		
total	5		
TEMPO de DURACÃO da EXPERIÊNCIA			
	.- 6 meses	entre 6 meses e 1 ano	.+ de 1 ano
total	1	1	3
FORMAÇÃO SAPE			
	Sim	não	
total	4	11	
TEMPO que PASSOU DESDE a FORMAÇÃO			
	Menos de 1 ano	Mais de 1 ano	
total	1	3	
DURACÃO da FORMAÇÃO			
	entre 14 e 29 h	30 ou + horas	
total	1	3	
FINANCIAMENTO da FORMAÇÃO			
	Entidade Patronal		
total	4		
USO SAPE			
	Sim	Não	
total	6	9	
TEMPO que PASSOU DESDE a FORMAÇÃO			
	Menos de 1 ano	Mais de 1 ano	
total	3	3	
TEMPO de DURACÃO da EXPERIÊNCIA			
	.- 6 meses	.+ de 1 ano	
total	3	3	
VERTENTE			
	Hospitalar	CSP	
total	3	3	
MOTIVADO PARA a UTILIZAÇÃO de SAPE			
	sim	não	
total	14	1	

ANEXO J – Resultados das Questões Abertas do Questionário apresentado no Anexo I

RESPOSTAS ABERTAS

1.4. Considera que esta formação foi significativa para a aplicação da linguagem CIPE no seu contexto de trabalho actual? Justifique.

Sim porque foram apresentados exemplos positivos e porque **mobilizei** alguns aspectos já esquecidos.

Sim porque já tendo tido contacto com o programa é mais fácil de realizar as intervenções no sistema, com linguagem CIPE.

Muito importante. A cipe é um mundo e com a formação foi possível **esclarecer conceitos**, simplificá-los, tornando possível com mais facilidade a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Sim, permitiu **esclarecer conceitos** e de certa forma veio simplificar a construção conceptual dos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

3.4. Considera que esta formação foi significativa para a utilização do programa SAPE no seu contexto de trabalho actual? Justifique.

Sim porque foram apresentados exemplos positivos e porque mobilizei alguns aspectos já esquecidos.

Sim. o contacto anterior com o programa sape, embora a nível hospitalar, torna-se **mais fácil** actualmente a utilizá-lo, porque já se conhece alguma coisa do programa.

5. Considera importante a aplicação da linguagem CIPE e do programa SAPE na sua prática de cuidados de enfermagem? Justifique.

Claro que sim, pela informatização do registo e pela **melhor possibilidade de avaliação e monitorização das actividades de enfermagem.**

Considero uma excelente oportunidade para **dar visibilidade ao trabalho** desenvolvido, bem como para **uniformizar** a prestação de cuidados (sem nunca deixar de ter em conta as especificidades de cada utente).

Sim. depois de ter todos os utentes no programa fica **muito mais fácil** e **mais rápido** realizar os registos e tem-se uma visão mais ampla dos problemas dos utentes.

Sim pois vai permitir a **uniformização** dos cuidados e a sua forma de registo. O que se pertende é que no mesmo local de trabalho seja utilizada a mesma linguagem e com o registo informático dos cuidados acaba o papel onde **se perdem muitos dos registos dos cuidados prestados**.

Sim, **para evitar o recurso ao papel** e **uniformizar** a linguagem dos cuidados de enfermagem.

Sim. Vai implementar a linguagem cipe e permitir que os cuidados de enfermagem tenham **uma só linguagem**, ou seja, **uniformizar os cuidados prestados** e a sua forma de registo através do Sape. Por outro lado vai informatizar os cuidados prestados **acabando com o formato de papel**.

Sim se for **facilitador** dos registos e para **unificar** a linguagem utilizada.

Sim porque tanto quanto sei, permite uma avaliação mais pormenorizada do trabalho de enfermagem e um melhor controlo da situação de saúde do cliente.

7. Sente-se motivado para a implementação do programa SAPE na UCSP de Marvila? Justifique?

Corresponde a uma **necessidade sentida** no serviço.

Considero uma excelente oportunidade para **dar visibilidade ao trabalho desenvolvido**, bem como para **uniformizar a prestação de cuidados** (sem nunca deixar de ter em conta as especificidades de cada utente).

No início tomará mais tempo aos profissionais, até todos dominarmos o programa, mas depois ficará mais fácil e prático para todos. Podemos a qualquer momento aceder aos históricos dos utentes mesmo que estes já não venham ao cs à algum tempo.

sempre motivada para a melhoria dos cuidados! **Uniformização dos cuidados** prestados pois quando **falamos todos a mesma linguagem** é tudo muito mais fácil.

Sim, para **evitar o recurso ao papel** e **uniformizar a linguagem** dos cuidados de enfermagem.

Porque vai **desburocratizar** os cuidados de enfermagem assim como **uniformizar** os mesmos.

Por outro lado vai ser uma **mais valia** em termos **pessoais**, com formação, uma vez que cada vez mais o sape é uma **prioridade para as entidades empregadoras** assim como para a própria **oe**.

penso que é um **bom instrumento** de **trabalho** e da **qualidade**.

O saber não ocupa lugar. É o futuro.

ANEXO L – Manual Sape elaborado para utilização na UCSP de Marvila

ÍNDICE

1. Entrar no Programa SAPE

2. Primeira Janela do SAPE

3. Visualizar Contactos

4. Seleccionar Utentes

5. Activar Contacto

6. Programas de Saúde

7. Prescrições Médicas

8. Vacinação

9. Agendamento de Contactos

10. Avaliação Inicial

11. Processo de Enfermagem

12. Plano de trabalho

13. Consulta de Vigilância do Utente

14. Família e Comunidade

O programa SAPE utiliza a linguagem CIPE e permite a realização de registos de enfermagem numa base de dados informática. Tem como vantagem o facto de estar interligado com os programas SINUS e SAM, permitindo que exista um único processo para cada utente. Assim, o acesso a informação sobre o utente está disponível quer para o médico quer para o enfermeiro.

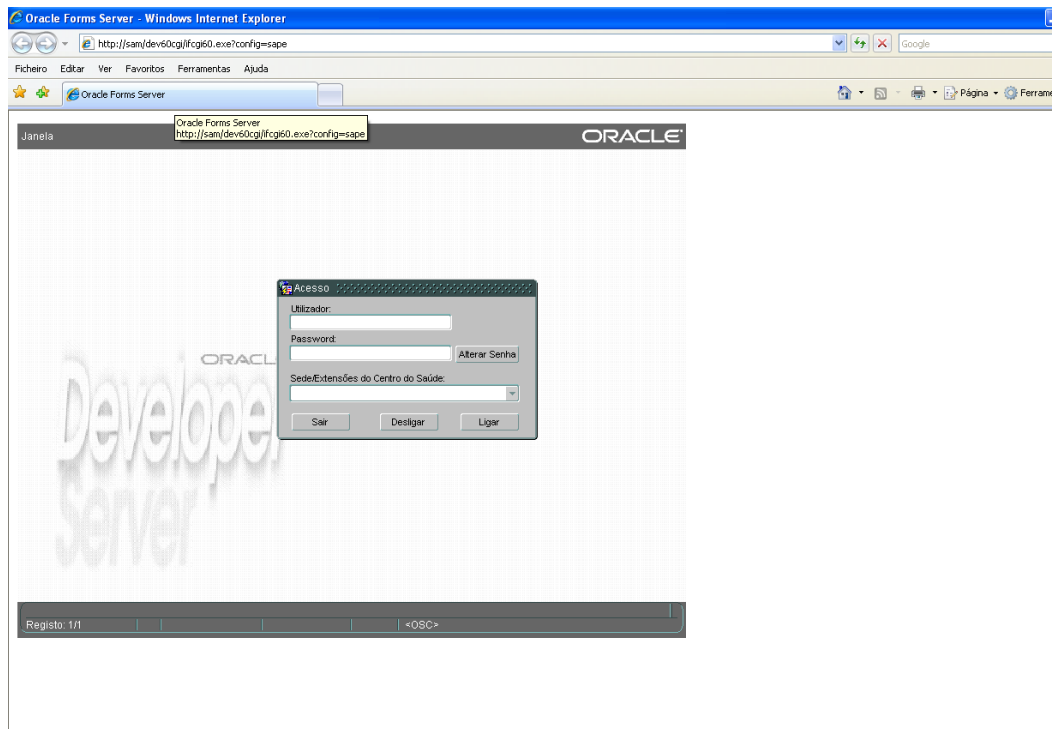
O presente guia de iniciação, pretende servir, de uma forma simples, para descrever os principais procedimentos para se efectuarem registos no programa SAPE.

1. Entrar no Programa SAPE

Para iniciar o programa é necessário ter uma password. NO ambiente de trabalho, encontra-se o seguinte símbolo:



Fazendo duplo clique sobre este abre-se a seguinte janela:



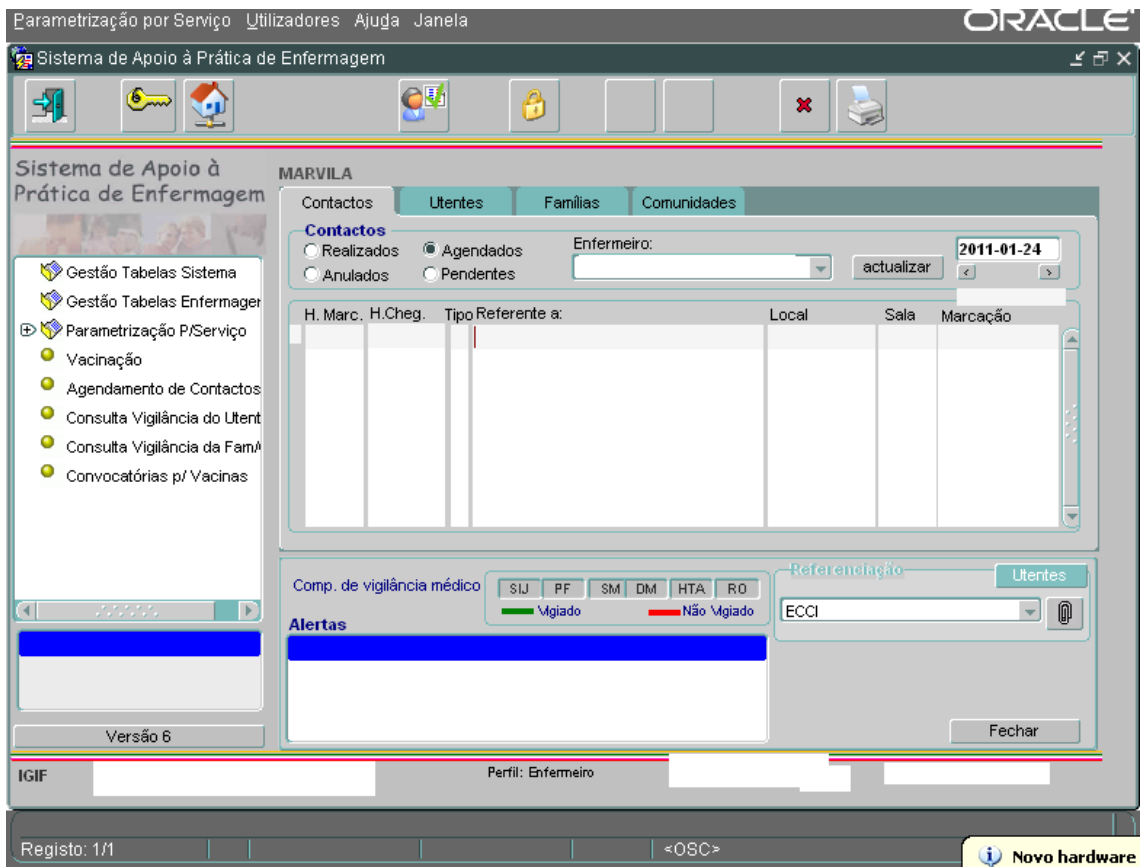
Deve colocar-se o **utilizador** e a respectiva **password** e clicar em **Ligar**. Caso se queira alterar a password clica-se em **alterar senha**.

Depois de clicar ligar, inicia-se o programa.

Atenção: qualquer registo feito fica com a “assinatura” da pessoa que iniciou o programa, logo, em computadores partilhados, é necessário ter em atenção qual é o utilizador que está com o programa activo.

2. Primeira Janela do SAPE

A primeira janela que se abre sempre é a seguinte:



Para simplificar passa-se à legenda dos diferentes símbolos presentes.



- Sair.



- Botão para suspender o programa ou mudar o utilizador.



- Mudar o local. Utiliza-se quando existe sede e extensões.



- Activar contacto. Clicando neste botão activa-se o utente que estiver seleccionado. **Atenção** que, clicando neste botão assume-se que o utente teve contacto com o enfermeiro nesse dia. Assim, só se deve clicar neste botão se houve contacto (mesmo que tenha sido telefónico).



- Termo geral. Este botão só deve ser accionado quando o utente morre ou quando é transferido para outra unidade.



- E-mail. Este e-mail é para enfermeiros da instituição unicamente.



- Impressão, acesso a listagens. Clicando neste botão acede-se ao seguinte quadro:

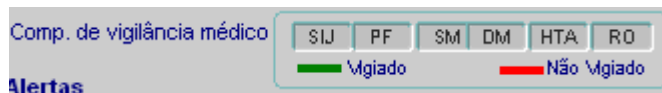
Estas listagens servem para visualizar cuidados prestados, a um utente específico (UTENTE) ou na generalidade aos cuidados prestados num determinado intervalo de tempo (SERVIÇO).

Por exemplo. Para imprimir as listagens de estatística mensal basta clicar em SERVIÇO abre-se as listagens associadas, escolhe-se INDICADORES e define-se o mês que se pretende. Automaticamente ficam acessíveis para consulta, impressão ou mesmo gravação, todos os actos de enfermagem realizados no mês seleccionado.

Na coluna lateral interessa para o uso comum as seguintes aplicações:

- Vacinação
- Agendamento de Contactos ★
- Consulta Vigilância do Utente

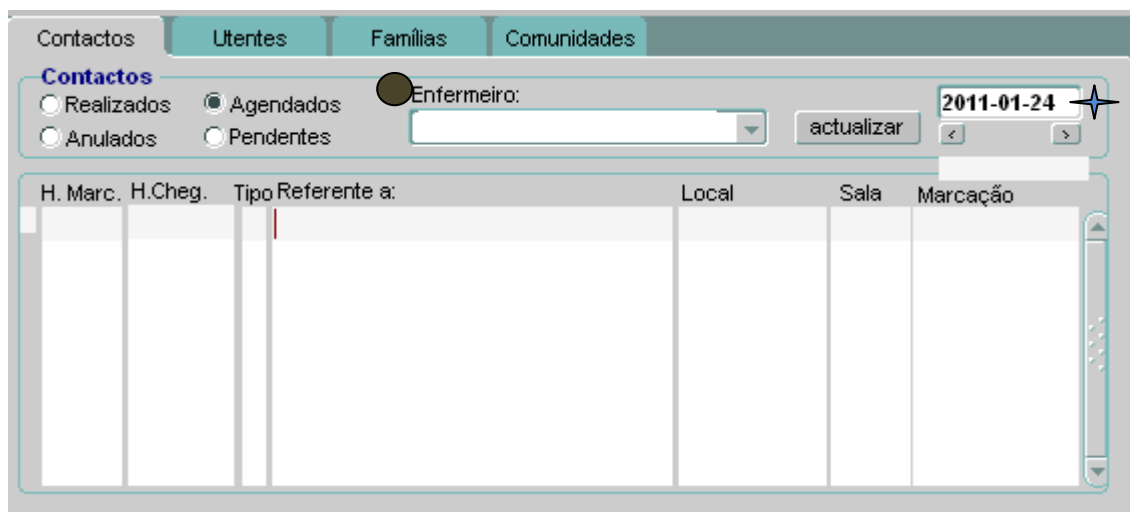
- Estas aplicações permitem visualizar a **vacinação**, os **dados registados** em contactos anteriores e proceder ao **agendamento** ★ de um novo contacto, com um utente seleccionado, sem que este tenha consulta na presente data.



Esta linha permite que se verifique se o utente seleccionado é vigiado pelo médico de família nalgum dos seguintes programas: Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Diabetes Méllitus, Hipertensão Arterial e/ou Rastreo Oncológico. Caso seja vigiado o programa surge a Verde. Quando não é vigiado, ou a vigilância é feita por outro médico externo ao Centro de Saúde, o programa surge a Vermelho.

3. Visualizar Contactos

O quadro central é o seguinte:

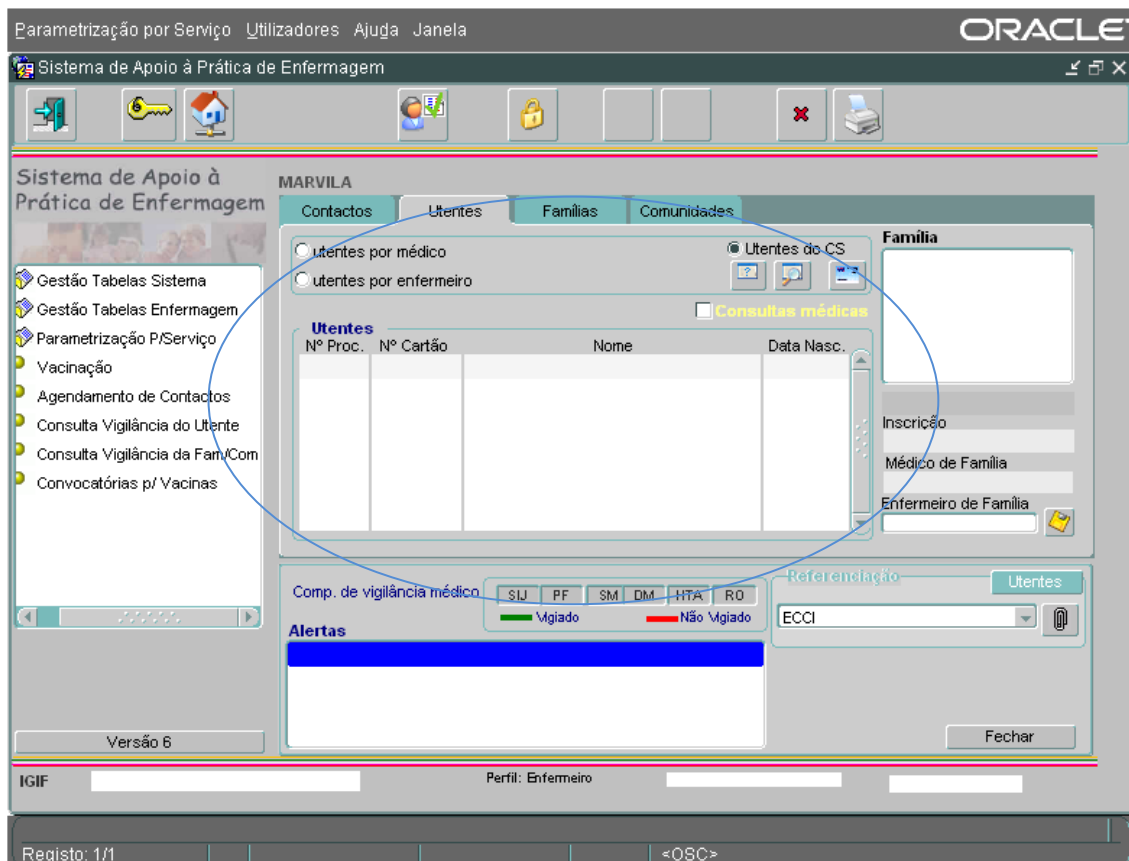


Este quadro permite visualizar, para o enfermeiro seleccionado ● e para a data ✦ seleccionada, se existem utentes **Realizados**, **Agendados**, **Anulados** e **Pendentes**. Na imagem pode verificar-se que está aberto o quadro dos utentes agendados (circulo preenchido a preto). Por exemplo, para ver os utentes realizados clica-se no respectivo círculo.

Importa reforçar que se deve ter em atenção o enfermeiro seleccionado e a data certa, para os dados visualizados serem os correctos. Por exemplo, hoje na sala de tratamentos está uma enfermeira que não

Aqui visualiza-se para cada utente a hora da marcação, a hora de chegada, o nome do utente, o local onde é realizado o contacto, a sala onde se realiza o contacto e quem efectuou a marcação.


Clicando sobre **Utentes** abre-se um novo quadro:




Quando pela primeira vez se quiser aceder a um determinado utente é neste quando que se realiza essa tarefa.

4. Seleccionar Utentes


Embora se possa restringir a busca por utentes inscritos por médico ou por enfermeiro, aconselha-se que a busca se faça por utentes do CS pois assim o programa procura por todos os utentes, evitando erros.

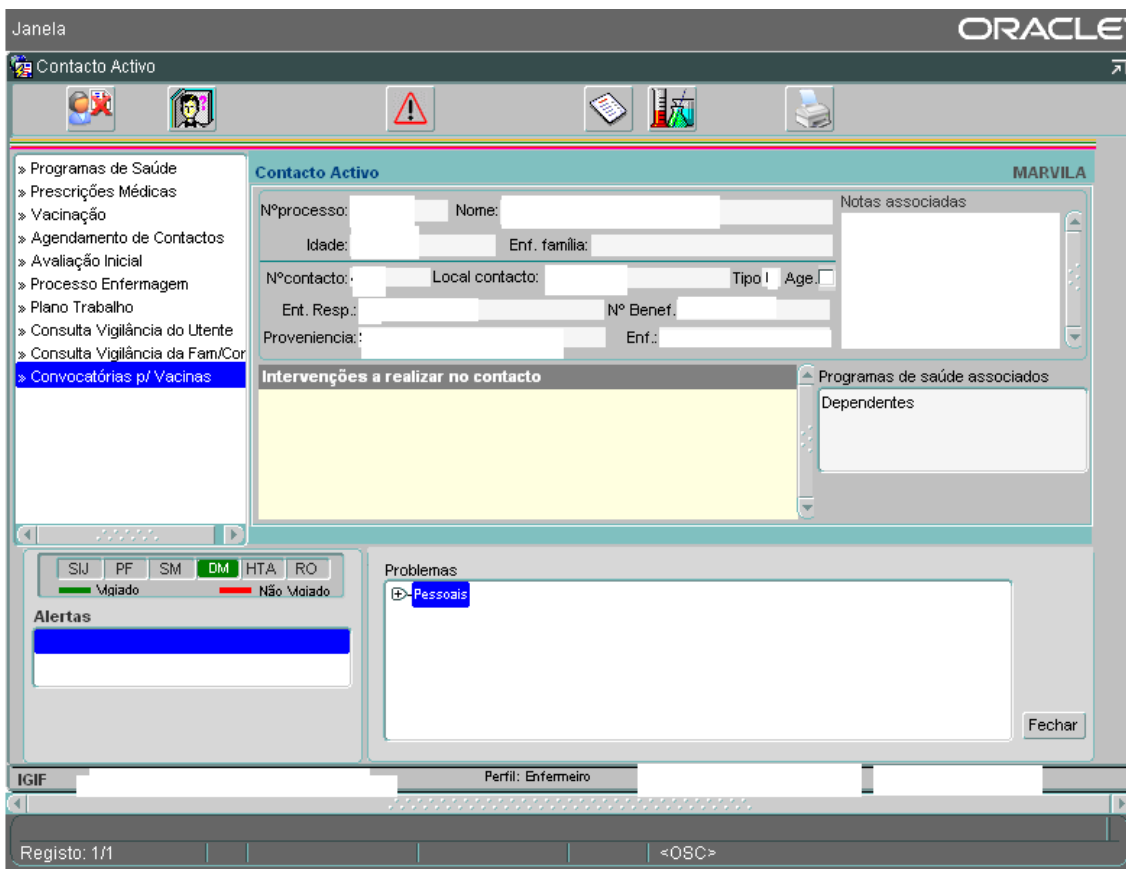
Primeiramente tem de se clicar em , só assim se pode escrever um dado referente ao utente, que permita ao programa identificar a pessoa em causa. Podemos utilizar o número do processo (NOP) o número do cartão de utente, o nome (atenção que tem de ser igual ao que está no programa SINUS e tem de se escrever nome seguido – ex: Goncalo Manuel ...) ou a data de nascimento (aaaa/mm/dd).

Para activar a pesquisa na base de dados clica-se em . Automaticamente surge no quando a identificação de um ou vários utentes (consoante o dado escolhido – por exemplo, se usar a data de nascimento surgem todos os utentes nascidos nesse dia). Verifica-se se o utente está seleccionado se este surgir com as letras **vermelhas**.

A partir de então poderemos agendar o utente, visualizar os seus dados ou activar o contacto, conforme seja a situação pretendida.

5. Activar Contacto

Com o utente seleccionado clica-se em . Abre-se uma pequena janela onde se pode seleccionar o local do contacto (é aí que se refere se o contacto é no Centro de Saúde, no Domicilio ou outro) e a proveniência: Com Consulta Médico de Família, Sem Consulta Médico de Família ou outra). Fazendo as escolhas, clica-se OK e surge a página inicial do processo do utente.



Para facilitar a apresentação desta página procede-se à legendagem dos diferentes itens.



- Fechar contacto. No final de registar todos os dados pretendidos, clica-se neste botão e automaticamente fecha-se o contacto do utente passando este para os contactos realizados.



- Contacto pendente. Quando, por algum motivo é necessário suspender o registo, clica-se neste botão e o contacto fica pendente para, mais tarde, no *mesmo dia*, se terminar o registo iniciado.



- Alertas de Enfermagem. Registrar aqui dados fundamentais que devem ser visualizados por qualquer enfermeiro que aceda ao utente (por exemplo se é uma situação de risco infeccioso)



- Visualizar guias de tratamento. Caso o utente tenha alguma guia de tratamento prescrita, é aqui que se pode aceder à mesma.



- Resultados de Exames. Permite visualizar os resultados de exames prescritos e que tenham sido introduzidos no programa SAM pelo médico assistente.




- Impressão e acesso a listagens.

A barra vertical apresenta uma série de comando que permite uma série de funcionalidades que de seguida serão descritas separadamente. Para aceder a qualquer um dos comandos é necessário fazer duplo clique sobre o comando pretendido.

- » Programas de Saúde
- » Prescrições Médicas
- » Vacinação
- » Agendamento de Contactos
- » Avaliação Inicial
- » Processo Enfermagem
- » Plano Trabalho
- » Consulta Vigilância do Utente
- » Consulta Vigilância da Fam/Cor
- » Convocatórias p/ Vacinas

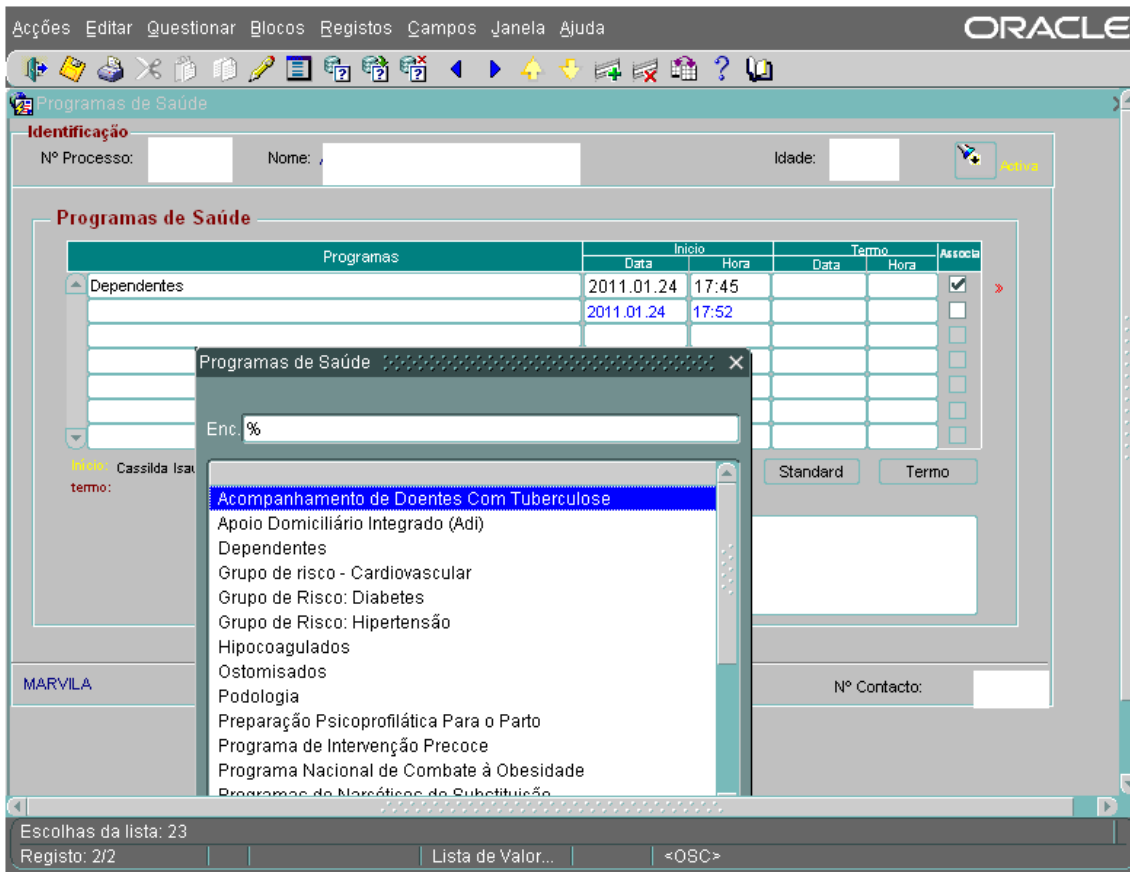
No quadro central acede-se à informação geral sobre o contacto que está activo.

Na parte inferior pode visualizar-se informação médica, desde que o médico tenha feito o registo em SAM

 - **Importante:** Sempre que surge este símbolo deve clicar-se sobre ele para aceder a mais informação.

6. Programas de Saúde

O comando Programas de Saúde é fundamental para um registo de enfermagem pois permite associar ao utente seleccionado quais são os programas de saúde sobre os quais podemos fazer diagnósticos de enfermagem. Por exemplo, a um utente que apresente uma ferida e necessite de tratamento deve ser associado o programa de saúde “tratamento de feridas/úlceras”. Só fazendo este processo é que depois é possível aceder ao processo de enfermagem.



Procede-se de seguida à legendagem dos ícones presentes na janela.



- Sair da Janela



- Gravar alterações. Embora muitos dados tenham registo automático, sempre que surge este botão convém fazer clique sobre ele para garantir que nenhuma informação se perde.



- Impressão e listagens



- Cortar



- Copiar



- Colar



- Editor. Permite ver texto inscrito e pesquisar numa nova janela.



- Lista de Valores. É aqui que se acede à lista de Programas de saúde existente em SAPE. É dentro dos sugeridos que devemos efectuar a escolha do programa de saúde que se adequa ao utente seleccionado.



- Questionar



- Executar



- Cancelar



- Anterior



- Posterior



- Conjunto Anterior



- Conjunto Posterior



- Inserir um novo registo



- Remover um registo que não tenha sido gravado



- Duplicar focos



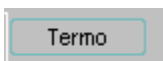
- Ajuda. Permite conhecer o significado de um fenómeno



- Formação. Permite gravar necessidades de formação.



- Permite visualizar todos os programas activos do utente

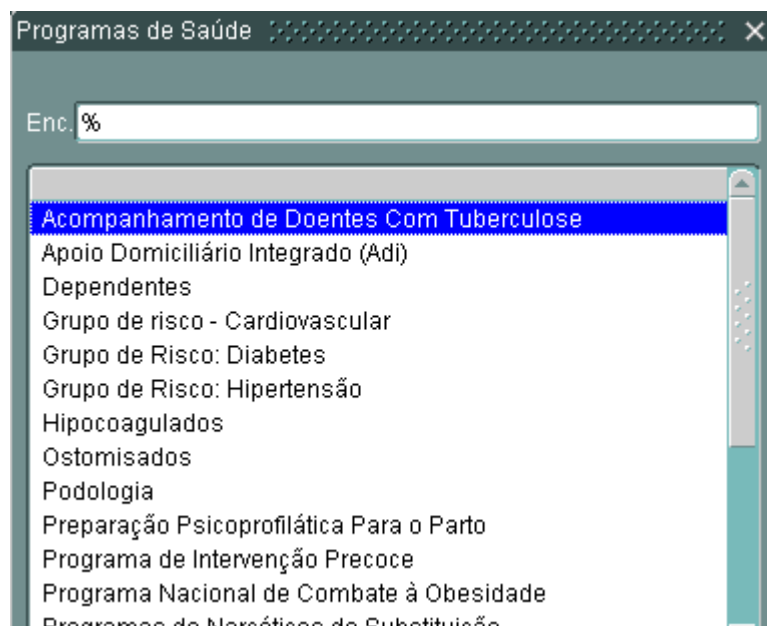


- Termo do programa de saúde. utilizar quando o programa do utente já não se aplique.



- Associa o programa de saúde seleccionado ao utente.

A listagem que de seguida se apresenta surge na sequência do clique sobre



Esta é a listagem de programas de saúde proposta.

7. Prescrições Médicas

Continuando na Barra Vertical e seguidamente aos Programas de Saúde surgem as Prescrições Médicas. Quando é feito duplo clique surge o seguinte quadro:

Fármacos	Ct.	Via	Dose	Início		Termo		dias
				Data	Hora	Data	Hora	
	1			2011.01.2	17:53			

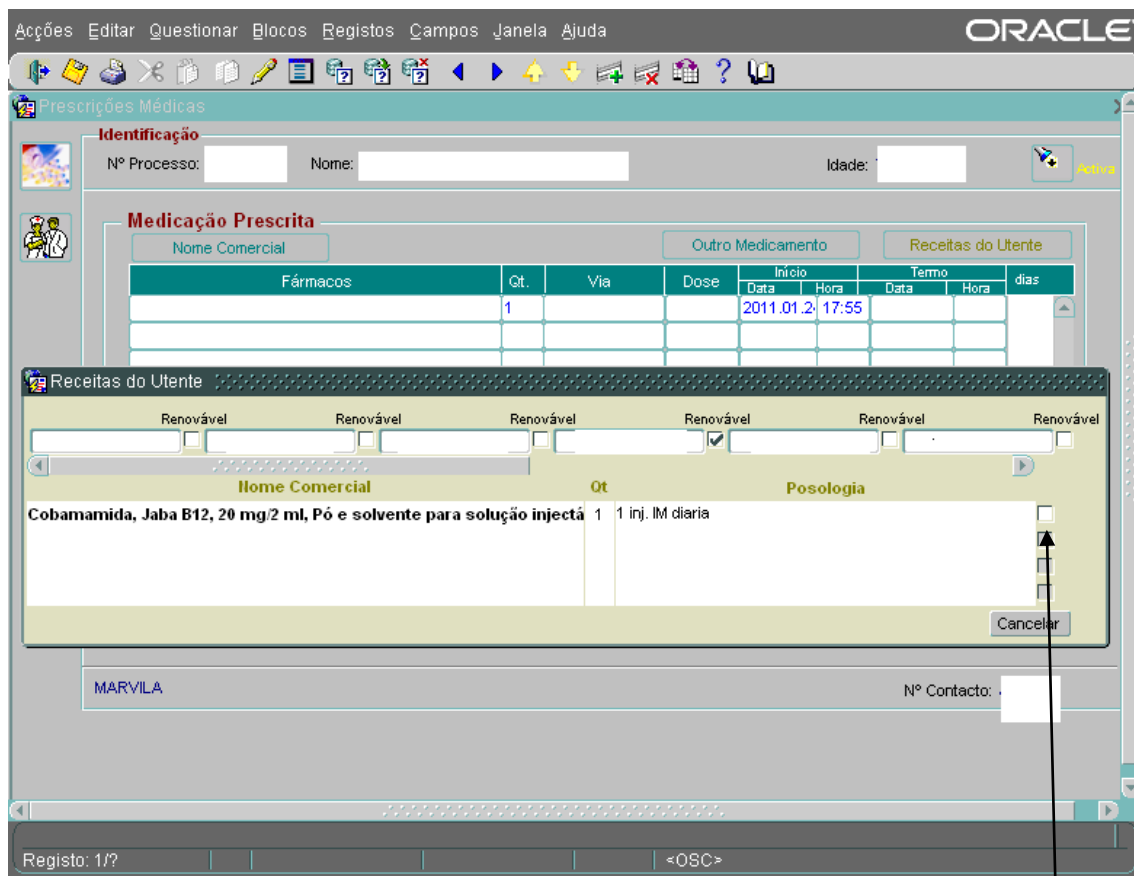


- Prescrições Médicas (abre o quadro anterior)



- Atitudes Terapêuticas. Permite aceder ao quadro das atitudes terapêuticas.


Se o utente tiver um medicamento prescrito é aqui que se acede à guia terapêutica. Quando o medicamento é prescrito no programa SAM acede-se às receitas do utente clicando sobre [Prescrição médica](#). Surge o seguinte quadro:



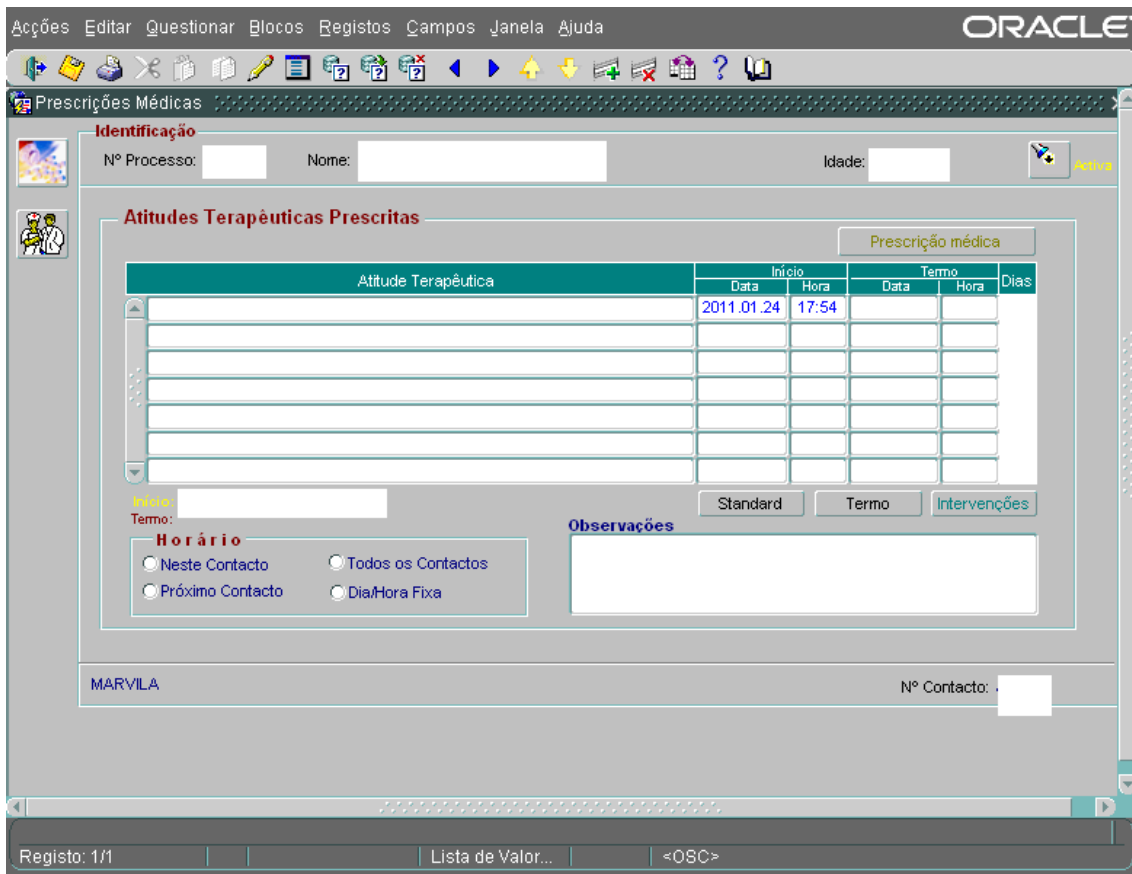
Aqui acede-se às diferentes receitas prescritas ao utente. Fazendo um clique no medicamento que vai ser administrado, este passa automaticamente para o quadro anterior.

Selecciona-se a via a administrar e coloca-se a periodicidade do tratamento. Por exemplo, quando é diário escolhe-se todos os contactos



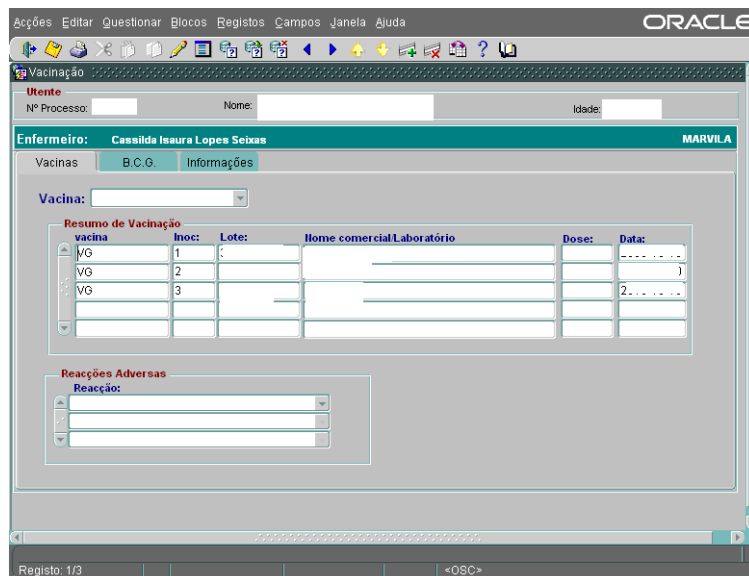
Relativamente ao quadro das Atitudes terapêuticas, é importante referir que é muito semelhante ao de medicação. Ambos permitem que sejam planeadas intervenções de enfermagem mediante guias médicas. Aqui pode optar-se por copiar e colar das guias médicas ou então aceder à lista de atitudes terapêuticas  e seleccionar a prescrita.

Quando existe uma prescrição médica é possível fazer selecção de intervenções sem ser necessário um diagnóstico de enfermagem. Basta clicar em intervenções. É importante aqui referir que, por este processo, acede-se a todas as intervenções propostas (não há intervenções sugeridas). Para perceber como se escolhe, as intervenções ver o ponto 11 deste guia.



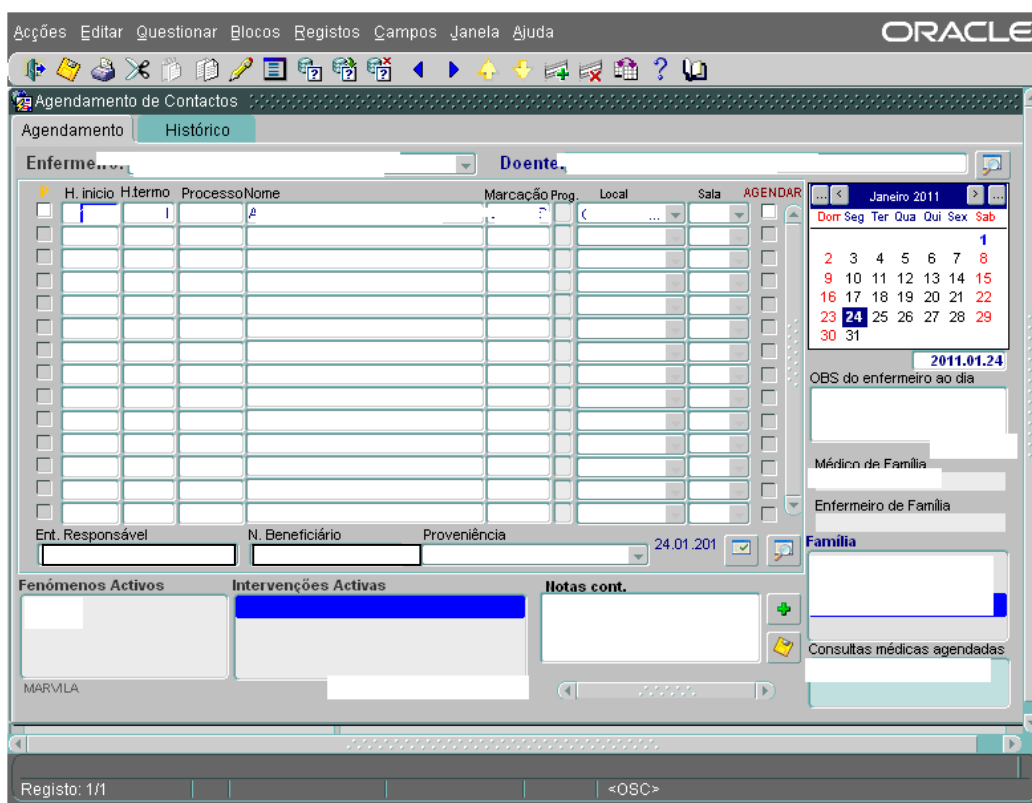
8. Vacinação

Este comando permite somente a visualização das vacinas do utentes, não permite o seu registo. O registo das Vacinas, para já, será mantido no programa SINUS.



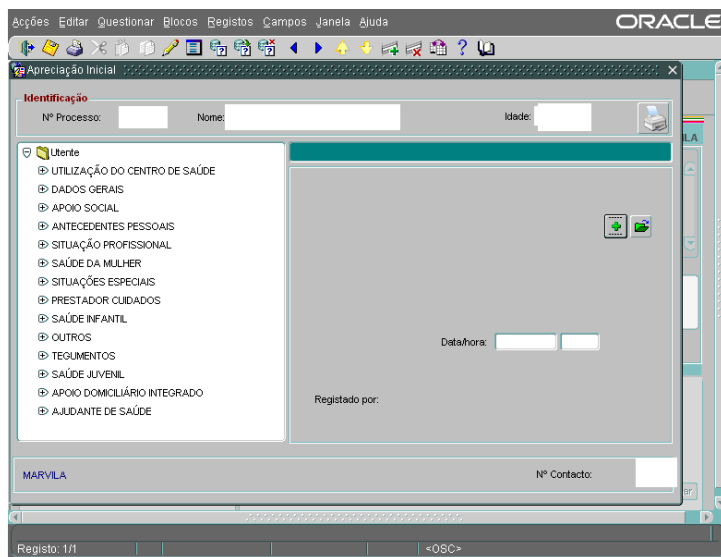
9. Agendamento de Contactos

Fazendo duplo clique sobre o Agendamento de Contactos é possível fazer o agendamento do próximo contacto do utente que está com contacto activo. O agendamento funciona sempre da mesma forma. Deve ser tida em atenção a data e a hora, bem como a sala e não esquecer de validar o procedimento através de um clique em **agendar**.



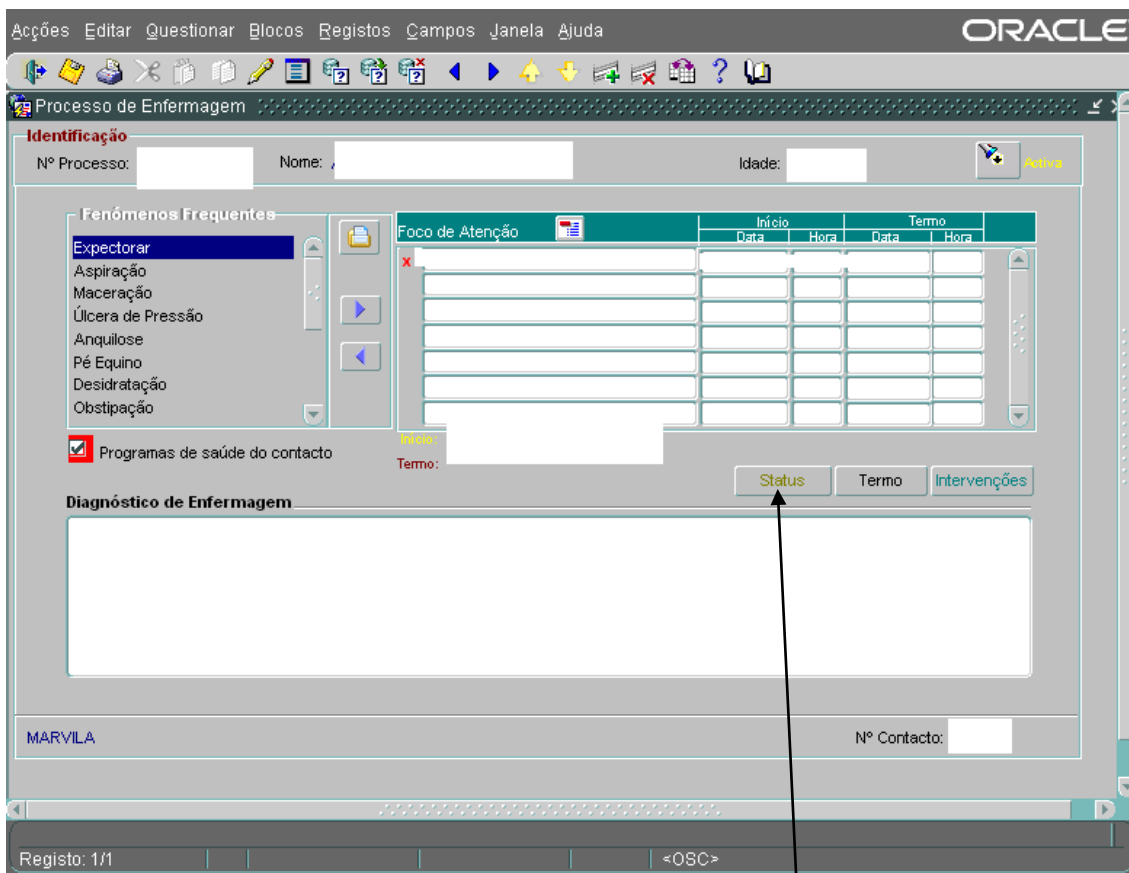
10. Avaliação Inicial

Clicar na avaliação inicial permite abrir um quadro no qual se registam os dados colhidos no primeiro contacto com um utente. Aqui faz-se um registo detalhado de antecedentes pessoais. Por exemplo, registam-se dados como escolaridade, medicação entre outros. Para cada utente seleccionam-se os campos importantes a registar.



11. Processo de Enfermagem

Depois de uma avaliação inicial e de se ter selecionado o programa de saúde, é aqui, no processo de enfermagem, que se irá proceder à elaboração dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções de enfermagem.




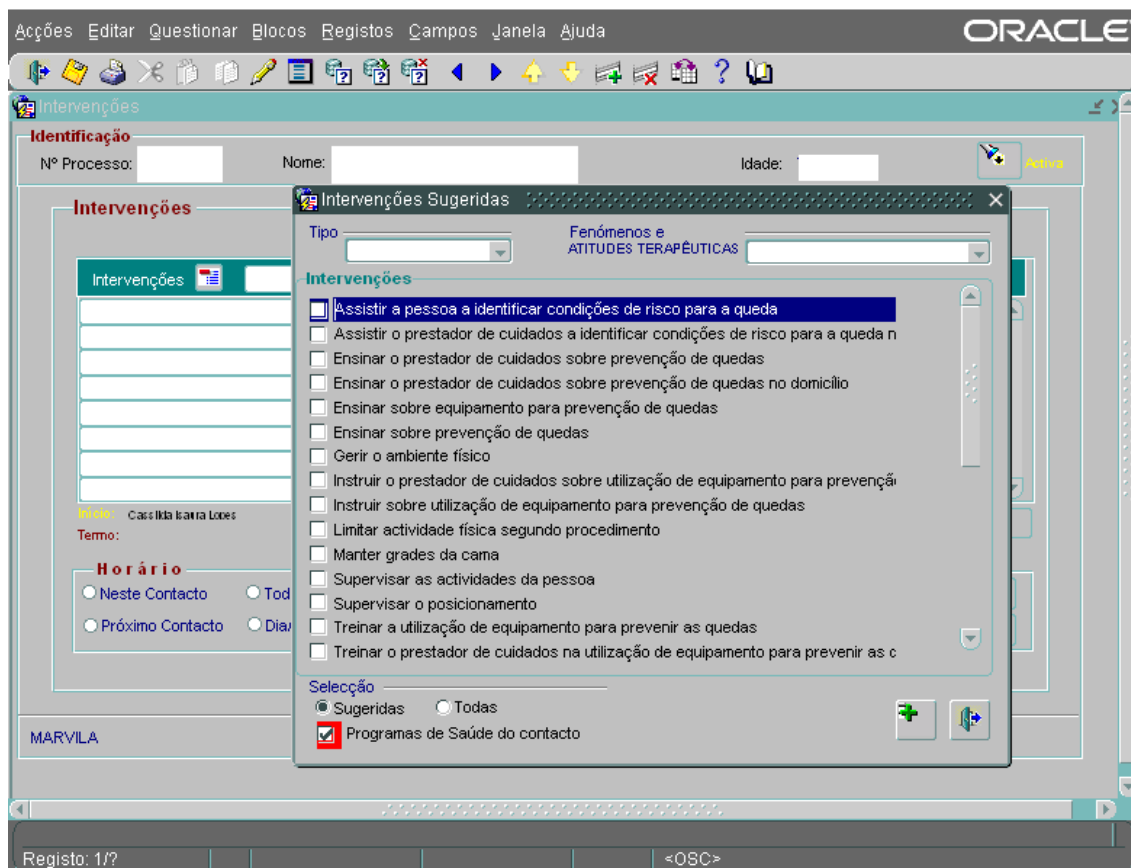
Para cada programa de saúde, o sistema propõe um conjunto de fenómenos frequentes. Selecciona-se o adequado e define-se o STATUS do foco de atenção (criando o diagnóstico de enfermagem).

Quando o foco de atenção já não se justificar para o utente, deve proceder-se ao termo do mesmo.

De referir que quando se selecciona um foco, é sempre exigido que seja feito o STATUS, ou seja o diagnóstico de enfermagem. Só com este passo se podem seleccionar as intervenções de enfermagem.

Intervenções de enfermagem

Como sucede com as atitudes terapêuticas e com os programas de saúde, para aceder à listagem de intervenções prescritas tem de se clicar em . Assim acede-se ao seguinte quadro. Quando se definem diagnósticos de enfermagem o SAPE sugere algumas intervenções parametrizadas para o problema identificado, facilitando a busca e selecção das intervenções adequadas. Outra forma de simplificar é, seleccionando TODAS e escrever em pesquisar o que se pretende. Por exemplo Se quero procurar “Vigiar Pele” escrevo **pele** e faço enter. O programa selecciona todas as intervenções em que surge a palavra pele, facilitando assim a busca.



Selecionadas as intervenções necessárias, tem de se escolher a periodicidade com que devem ser executadas. Este procedimento tem de ser feito separadamente para cada intervenção.

12. Plano de trabalho

Depois de seleccionar as intervenções, a medicação e/ou as atitudes terapêuticas adequadas ao contacto e ao utente, é neste quadro que se procede ao registo das mesmas.

Acções Editar Questionar Blocos Registos Campos Janela Ajuda ORACLE

Mapa de Cuidados

Identificação

Nº processo: Nome: Idade: Dia:

CSEIXAS 2011.01.24 17:42 Domicilio Em Realização

Medicação Qt. Lote Ute. Ser. Observações

Atitudes Terapêuticas Observações

Intervenções Especificações


MARVILA Nº Contacto:

Registo: 1/1 <OSC>

Para registar qualquer intervenção de enfermagem é fundamental que se valide. Se por algum motivo a intervenção não foi realizada escolhe-se o X e justifica-se o motivo pelo qual não foi realizado.

Na medicação deve colocar-se se esta é do utente ou do serviço e o respectivo lote.

Nas intervenções é importante referir que ao validar as mesmas podem surgir quadros para o registo(ver quadro seguinte como exemplo) ou não. Quando não surgem

quadros automaticamente deve registar-se a nota em  (notas associadas à intervenção).

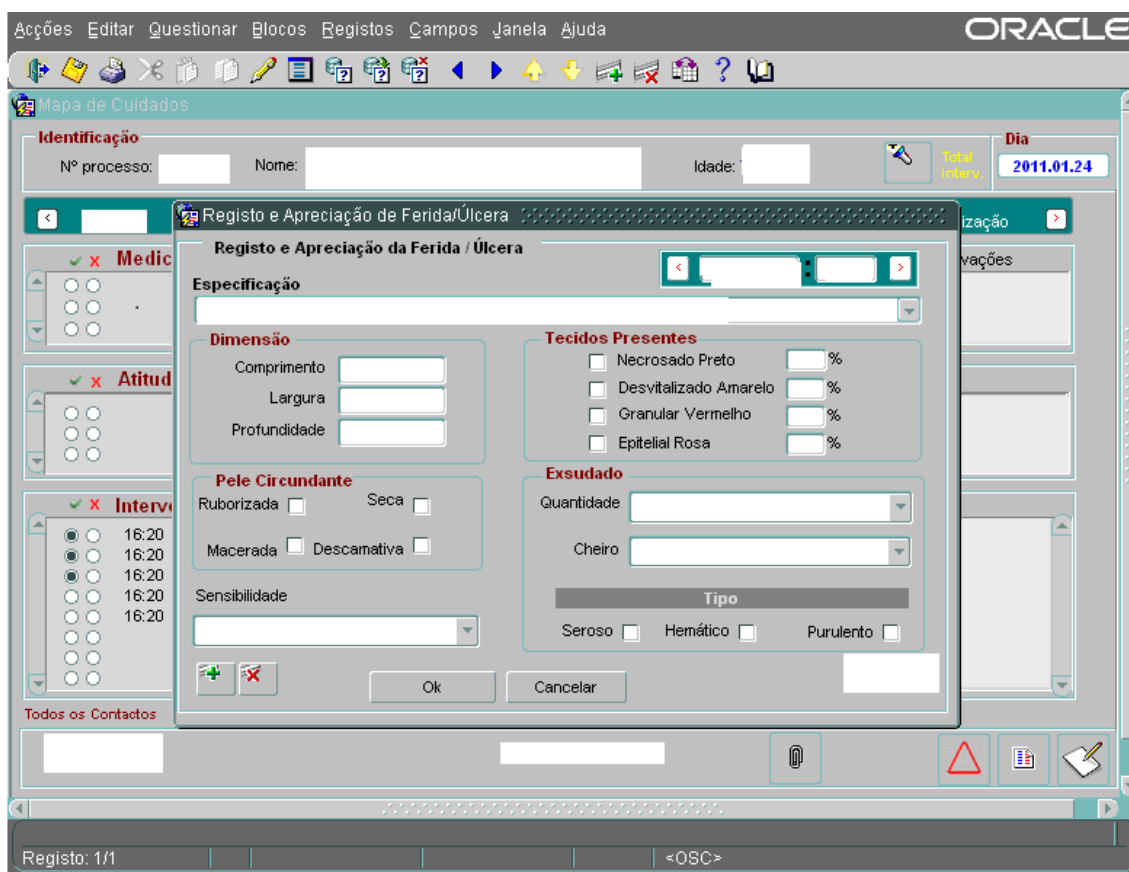
Os seguintes botões são mais específicos e só devem ser utilizados com informações fundamentais:



- Notas associadas ao contacto (utilizar só com informação que necessite estar acessível no início da activação do contacto).



- Alertas de Enfermagem



The screenshot shows the Oracle software interface with a 'Registo e Apreciação de Ferida/Úlcera' dialog box open. The dialog box contains the following sections:

- Identificação:** Nº processo: [], Nome: [], Idade: [], Dia: 2011.01.24
- Registo e Apreciação da Ferida / Úlcera:**
 - Especificação:** []
 - Dimensão:** Comprimento [], Largura [], Profundidade []
 - Tecidos Presentes:**
 - Necrosado Preto [] %
 - Desvitalizado Amarelo [] %
 - Granular Vermelho [] %
 - Epitelial Rosa [] %
 - Pele Circundante:** Ruborizada Seca Macerada Descamativa
 - Exsudado:** Quantidade [], Cheiro [], Tipo: Seroso Hemático Purulento
 - Sensibilidade:** []
- Buttons:** +, -, Ok, Cancelar

13. Consulta de Vigilância do Utente

Acedendo a este quadro somente se consegue visualizar dados já registados. Aqui não é possível escrever. É importante referir que se pode aceder a este quadro mesmo sem ter o contacto activo.

14. Família e Comunidade

Tudo que se refere a família e comunidade não é para já considerado relevante. Somente informar que se consegue visualizar o agregado familiar e os respectivos contactos.

NOTA FINAL: Este guia serve para iniciar a utilização do programa informático SAPE. Reconhece-se que existem outros dados importantes, mas considera-se que, numa fase inicial os dados aqui presentes são suficientes para realizar registos de enfermagem adequados.

ANEXO M – Grelha de colheita dos Resultados da Observação da Formação dos Enfermeiros de Referência

Grelhas de observação da utilização do Programa SAPE

LEGENDA:

- a) Executa sem dificuldade
- b) Necessita de auxílio para executar
- c) Não executa

Primeiro nível

Identifica o símbolo de acesso ao programa SAPE	
Inicia o programa correctamente (utilizando nome e password)	
Sai correctamente do programa	
Identifica contactos realizados, agendados, pendentes e anulados	
Selecciona utentes	
Agenda utentes	
Anula agendamento de utentes	

Segundo nível

Activa contactos	
Termina contactos	
Coloca contactos pendentes	
Visualiza informação médica do utente (guias de tratamento, exames, prescrições médicas, alertas)	
Selecciona programas de saúde adequados ao utente	
Dá termo a programas de saúde que já não se adequam ao utente	
Visualiza plano vacinal do utente	
Visualiza histórico do utente	

Terceiro nível

Regista a avaliação inicial do utente	
Regista correctamente medicação prescrita	
Planeia intervenções mediante atitude terapêutica prescrita	
Realiza diagnósticos de enfermagem correctamente	
Selecciona intervenções de enfermagem	
Regista as intervenções realizadas (menu plano de trabalho)	
Dá termo a diagnósticos e intervenções que já não se adequam ao utente	
Adiciona alertas de enfermagem	
Imprime listagens	

ANEXO N – Tabela Síntese dos Resultados obtidos através da Observação da Formação dos Enfermeiros de Referência

RESULTADOS da GRELHA de Avaliação da UTILIZAÇÃO do PROGRAMA SAPE											
Avaliação por enfermeiro											
sub-nível	a	b	c	d	e	f	g	h	i	totais	
	Primeiro Nível										
1	a	a	a	a	a	a	a	a	a	9	0
2	a	a	a	a	a	a	a	a	a	9	0
3	a	a	a	a	a	a	a	a	a	9	0
4	a	a	a	a	a	a	a	a	a	9	0
5	a	a	a	a	a	a	a	a	a	9	0
6	a	a	a	a	a	a	a	a	a	9	0
7	a	a	a	a	a	a	a	a	a	9	0
Nº	Segundo Nível									totais	
8	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
9	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
10	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
11	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
12	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
13	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
14	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
15	a	a	a	b	a	a	b	b	a	6	3
Nº	Terceiro Nível									totais	
16	a	a	b	b	a	a	b	b	b	4	5
17	a	a	a	b	a	a	b	b	b	5	4
18	a	a	a	b	a	b	b	b	b	4	5
19	a	a	a	b	a	b	b	b	b	4	5
20	a	a	a	b	a	b	b	b	b	4	5
21	a	a	a	b	a	b	b	b	b	4	5
22	a	a	a	b	a	b	b	b	b	4	5
23	a	a	b	b	a	b	b	b	b	3	6
24	a	a	a	b	a	b	b	b	b	4	5

ANEXO O – Indicadores de Enfermagem referentes ao Mês de Janeiro do ano de 2011,
imprimidos do Programa SAPE

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Contactos de enfermagem por local de contacto

Centro de Saúde	201
Domicílio	26
Outros	1

Contactos de enfermagem por proveniência

Consulta médico família	40
Hospital	7
SEM consulta médico família	161
Sem indicação	20

Contactos de enfermagem por programa de saúde

A soma consultas/contactos programados + não programados	228
Contactos Não Programados	168
Contactos Programados	60
Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	3
Contactos Não Programados	3
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	1
Contactos Programados	1
Dependentes	3
Contactos Não Programados	2
Contactos Programados	1
Grupo de risco - Cardiovascular	3
Contactos Não Programados	1
Contactos Programados	2
Grupo de Risco: Diabetes	22
Contactos Não Programados	4
Contactos Programados	18
Grupo de Risco: Hipertensão	20
Contactos Não Programados	4
Contactos Programados	16
Podologia	7
Contactos Não Programados	2
Contactos Programados	5
Reabilitação	1
Contactos Não Programados	1
Saúde do Adulto	7
Contactos Não Programados	5
Contactos Programados	2
Saúde Idoso	8
Contactos Não Programados	4
Contactos Programados	4
Saúde Infantil	3
Contactos Não Programados	3
Saúde Materna	13
Contactos Não Programados	13
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	15

MARVILA**INDICADORES**

Mês: 01 / 2011

Contactos de enfermagem por programa de saúde

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

Contactos Não Programados

15

Tratamento Feridas / Úlceras

Contactos Não Programados

72

Contactos Programados

38

34

1º Contactos no ano por programa de saúde (Valor acumulado)

Apoio Domiciliário Integrado (Adi)

1

Dependentes

1

Grupo de Risco: Diabetes

14

Grupo de Risco: Hipertensão

8

Podologia

3

Reabilitação

1

Saúde do Adulto

1

Saúde Idoso

5

Saúde Infantil

3

Saúde Materna

11

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

15

Tratamento Feridas / Úlceras

27

Contactos de enf. por programa de saúde e por local de contacto [0-11] meses

Saúde Infantil

Centro de Saúde

2

Contactos de enf. por programa de saúde e por local de contacto [2-9] anos

Saúde Infantil

Centro de Saúde

1

Contactos de enf. por programa de saúde e por local de contacto [14-17] anos

Saúde Materna

Centro de Saúde

1

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

Centro de Saúde

1

Contactos de enf. por programa de saúde e por local de contacto [18-64] anos

Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose

Centro de Saúde

3

Dependentes

Domicílio

2

Grupo de risco - Cardiovascular

Centro de Saúde

3

Grupo de Risco: Diabetes

Centro de Saúde

7

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Contactos de enf. por programa de saúde e por local de contacto [18-64] anos		
Grupo de Risco: Diabetes		
Domicílio		
Grupo de Risco: Hipertensão		2
Centro de Saúde		
Podologia		3
Centro de Saúde		
Saúde do Adulto		1
Centro de Saúde		
Saúde Materna		7
Centro de Saúde		
Outros		11
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar		1
Centro de Saúde		
Tratamento Feridas / Úlceras		14
Centro de Saúde		
Domicílio		22
		3
Contactos de enf. por programa de saúde e por local de contacto > = 65 anos		
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)		
Centro de Saúde		
Dependentes		1
Domicílio		
Grupo de Risco: Diabetes		1
Centro de Saúde		
Grupo de Risco: Hipertensão		13
Centro de Saúde		
Podologia		17
Centro de Saúde		
Reabilitação		6
Domicílio		
Saúde Idoso		1
Centro de Saúde		
Tratamento Feridas / Úlceras		8
Centro de Saúde		
Domicílio		35
		12
Utentes por programa de saúde e por local de contacto[0-11] meses (valor acumulado)		
Saúde Infantil		
Centro de Saúde		2
Utentes por programa de saúde e por local de contacto[2-13] anos (valor acumulado)		
Saúde Infantil		
Centro de Saúde		1
Utentes por programa de saúde e por local de contacto[14-17] anos (valor acumulado)		
Saúde Materna		
Centro de Saúde		
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar		1
Centro de Saúde		
Utentes por programa de saúde e por local de contacto[18-64] anos (valor acumulado)		
		1

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Utentes por programa de saúde e por local de contacto[18-64] anos (valor acumulado)

Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose

Centro de Saúde	1
Dependentes	
Domicílio	1
Grupo de risco - Cardiovascular	
Centro de Saúde	1
Grupo de Risco: Diabetes	
Centro de Saúde	6
Domicílio	1
Grupo de Risco: Hipertensão	
Centro de Saúde	1
Podologia	
Centro de Saúde	1
Saúde do Adulto	
Centro de Saúde	3
Saúde Materna	
Centro de Saúde	11
Outros	1
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	
Centro de Saúde	14
Tratamento Feridas / Úlceras	
Centro de Saúde	16
Domicílio	2

Utentes por programa de saúde e por local de contacto > =65 anos (valor acumulado)

Apoio Domiciliário Integrado (Adi)

Centro de Saúde	1
Dependentes	
Domicílio	1
Grupo de Risco: Diabetes	
Centro de Saúde	11
Grupo de Risco: Hipertensão	
Centro de Saúde	12
Podologia	
Centro de Saúde	4
Reabilitação	
Domicílio	1
Saúde Idoso	
Centro de Saúde	6
Tratamento Feridas / Úlceras	
Centro de Saúde	21
Domicílio	9

Visitas domiciliarias de enfermagem na área curativa

9

Visitas domiciliarias de enfermagem na área de promoção e prevenção

18

Atitudes Terapêuticas por local de contacto - AVALIAÇÃO TENSÃO ARTERIAL

Centro de Saúde

2

Atitudes Terapêuticas por local de contacto - NEBULIZAÇÃO

Centro de Saúde

1

Atitudes Terapêuticas por local de contacto - OUTROS

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Atitudes Terapêuticas por local de contacto - OUTROS		
Centro de Saúde		1
Atitudes Terapêuticas por local de contacto - PESQUISA DE GLICEMIA CAPILAR		
Centro de Saúde		1
Número intervenções de enfermagem [Tratamentos....51,52,53,55,60,62,398,544] realizadas		
Centro de Saúde		59
Domicílio		21
Número de intervenções de enfermagem [Monitorizar características da urina através de COMBUR ou Monitorizar Glicemia Capilar,23,550] realizadas		
Centro de Saúde		3
Injectáveis por local de contacto		
Centro de Saúde		111
Domicílio		15
Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [MONITORIZAR]		
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)		
Centro de Saúde		2
Dependentes		6
Domicílio		3
Grupo de risco - Cardiovascular		90
Centro de Saúde		2
Grupo de Risco: Diabetes		62
Centro de Saúde		10
Domicílio		4
Grupo de Risco: Hipertensão		9
Centro de Saúde		2
Podologia		38
Centro de Saúde		56
Saúde do Adulto		23
Centro de Saúde		3
Saúde Idoso		7
Centro de Saúde		16
Saúde Infantil		18
Centro de Saúde		49
Saúde Materna		
Centro de Saúde		
Tratamento Feridas / Úlceras		
Centro de Saúde		
Domicílio		
Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [VIGIAR]		
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)		
Centro de Saúde		3
Dependentes		7
Domicílio		16
Grupo de risco - Cardiovascular		18
Centro de Saúde		49
Grupo de Risco: Diabetes		
Centro de Saúde		
Grupo de Risco: Hipertensão		
Centro de Saúde		

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [VICIAR]

Podologia	
Centro de Saúde	
Saúde do Adulto	9
Centro de Saúde	
Saúde Idoso	16
Centro de Saúde	
Saúde Infantil	24
Centro de Saúde	
Saúde Materna	1
Centro de Saúde	
Tratamento Feridas / Úlceras	1
Centro de Saúde	
Domicílio	154

Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [ATENDER (CUIDAR)]

Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	
Centro de Saúde	
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	12
Centro de Saúde	
Dependentes	4
Domicílio	
Grupo de risco - Cardiovascular	4
Centro de Saúde	
Grupo de Risco: Diabetes	13
Centro de Saúde	
Domicílio	62
Grupo de Risco: Hipertensão	1
Centro de Saúde	
Podologia	46
Centro de Saúde	
Reabilitação	13
Domicílio	
Saúde do Adulto	1
Centro de Saúde	
Saúde Idoso	25
Centro de Saúde	
Saúde Infantil	9
Centro de Saúde	
Saúde Materna	1
Centro de Saúde	
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	4
Centro de Saúde	
Tratamento Feridas / Úlceras	1
Centro de Saúde	
Domicílio	37
	9

Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [EXECUTAR]

Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	
Centro de Saúde	
Dependentes	1
Domicílio	
Grupo de risco - Cardiovascular	9
Centro de Saúde	
Grupo de Risco: Diabetes	3
Centro de Saúde	
Grupo de Risco: Hipertensão	4

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [EXECUTAR]	
Grupo de Risco: Hipertensão	
Centro de Saúde	
Podologia	15
Centro de Saúde	
Reabilitação	4
Domicílio	
Saúde do Adulto	2
Centro de Saúde	
Saúde Idoso	3
Centro de Saúde	
Tratamento Feridas / Úlceras	9
Centro de Saúde	
Domicílio	69
	27
Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [GERIR]	
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	
Centro de Saúde	
Dependentes	3
Domicílio	
Grupo de risco - Cardiovascular	4
Centro de Saúde	
Grupo de Risco: Diabetes	9
Centro de Saúde	
Grupo de Risco: Hipertensão	15
Centro de Saúde	
Podologia	20
Centro de Saúde	
Saúde do Adulto	3
Centro de Saúde	
Saúde Idoso	9
Centro de Saúde	
Saúde Infantil	6
Centro de Saúde	
Saúde Materna	1
Centro de Saúde	
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	3
Centro de Saúde	
Tratamento Feridas / Úlceras	3
Centro de Saúde	
Domicílio	36
	13
Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [INFORMAR]	
Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose	
Centro de Saúde	
Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	11
Centro de Saúde	
Dependentes	19
Domicílio	
Grupo de risco - Cardiovascular	4
Centro de Saúde	
Grupo de Risco: Diabetes	41
Centro de Saúde	
Grupo de Risco: Hipertensão	126
Centro de Saúde	
Podologia	170
Centro de Saúde	
	31

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [INFORMAR]

Reabilitação	
Domicílio	3
Saúde do Adulto	
Centro de Saúde	52
Saúde Idoso	
Centro de Saúde	78
Saúde Infantil	
Centro de Saúde	2
Saúde Materna	
Centro de Saúde	22
Outros	1
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	
Centro de Saúde	18
Tratamento Feridas / Úlceras	
Centro de Saúde	216
Domicílio	37

Intervenções de enfermagem por programa saúde e por local de contacto [OBSERVAR]

Apoio Domiciliário Integrado (Adi)	
Centro de Saúde	1
Grupo de Risco: Diabetes	
Centro de Saúde	2
Grupo de Risco: Hipertensão	
Centro de Saúde	1
Podologia	
Centro de Saúde	1
Saúde Idoso	
Centro de Saúde	1
Saúde Infantil	
Centro de Saúde	1
Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar	
Centro de Saúde	1
Tratamento Feridas / Úlceras	
Centro de Saúde	2

BGC 0

Prova de Tuberculina 3

Unidade : 2 3

Vacinas 469

DTPaHib 17

4ª Inoculação 17

DTPaHibVIP 48

3ª Inoculação 18

2ª Inoculação 15

1ª Inoculação 15

DTPaVIP 17

1ª Inoculação 1

5ª Inoculação 16

HPVGardasi 36

1ª Inoculação 15

3ª Inoculação 13

2ª Inoculação 8

MARVILA

INDICADORES

Mês: 01 / 2011

Vacinas	MenC	
	1ª Inoculação	57
	2ª Inoculação	17
	3ª Inoculação	18
		22
	PADEMICA	
	1ª Inoculação	1
	Pn10	4
	3ª Inoculação	1
	4ª Inoculação	3
	Pn13	49
	1ª Inoculação	15
	4ª Inoculação	7
	2ª Inoculação	13
	3ª Inoculação	14
	Pn23	3
	1ª Inoculação	3
	ROTAVIRUS	11
	1ª Inoculação	6
	2ª Inoculação	5
	Td	127
	10ª Inoculação	1
	3ª Inoculação	13
	5ª Inoculação	4
	7ª Inoculação	25
	9ª Inoculação	2
	8ª Inoculação	8
	6ª Inoculação	14
	4ª Inoculação	6
	2ª Inoculação	41
	1ª Inoculação	13
	VASPR	41
	1ª Inoculação	24
	2ª Inoculação	17
	VG	6
	1ª Inoculação	3
	3ª Inoculação	3
	VgripeSNS	1
	1ª Inoculação	1
	VHA	4
	2ª Inoculação	2
	1ª Inoculação	2
	VHB	43
	1ª Inoculação	3
	2ª Inoculação	19
		20

INDICADORES

MARVILA

Mês: 01 / 2011

Vacinas	VHB	3ª Inoculação		
		5ª Inoculação	1	
	VIP			1
		1ª Inoculação	1	
	VVA			3
		1ª Inoculação	3	