



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
A PROMOÇÃO DE SAÚDE
NA DIABETES *MELLITUS* - PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO,
NUMA USF**

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

Por Isabel Cristina Rosinha Machado Torres

LISBOA, Abril de 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
A PROMOÇÃO DE SAÚDE
NA DIABETES *MELLITUS* - PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO,
NUMA USF**

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

Por Isabel Cristina Rosinha Machado Torres

Sob orientação de Professora Rasquilho Vidal

LISBOA, Abril de 2011

“ A qualidade é como a beleza,
ela está nos olhos de quem olha”

Walter Hesbeen

RESUMO

O presente relatório tem como objectivo apresentar o trabalho desenvolvido, as competências adquiridas e alguns resultados obtidos, durante o Estágio dos Módulos I e II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

A Diabetes é uma doença crónica, que surge como um problema à escala mundial, atingindo milhões de seres humanos, envolvendo custos sociais e económicos elevados. A sua Incidência em Portugal tem vindo a aumentar desde 2000. A Prevalência também não pára de crescer, estando associada a vários factores, tais como: o envelhecimento da população, as alterações alimentares, os estilos de vida não saudável, o sedentarismo e outros padrões de comportamento. Neste contexto, é urgente actuar ao nível da Promoção de Saúde na comunidade e capacitar os doentes para hábitos de vida com melhor qualidade.

O Pé Diabético é uma das complicações mais graves, que advém da Diabetes, podendo levar à amputação *Minor* e *Major*, que para além de acarretar custos económicos para o País, causa igualmente alterações a nível pessoal e familiar. Este facto, exige que se actue com mais ênfase e eficácia ao nível da Prevenção Primária, pelo que subsiste também a necessidade de estimular os profissionais a não descorarem a vigilância do Pé dos diabéticos para retardar possíveis complicações.

O planeamento e intervenção das acções de enfermagem comunitária, tiveram lugar durante o estágio na USF S. João Evangelista dos Lóios, pertencente à ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, inserida no ACES Lisboa Oriental II. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico de situação da comunidade, para enquadrar e contextualizar a realidade onde estavam inseridos os utentes diabéticos. A análise do diagnóstico de situação, orientou a intervenção para a prestação de cuidados a nível primário e secundário. Neste contexto, foram realizadas várias actividades envolvendo diversos “actores”, da comunidade local e profissionais de Saúde, tendo sempre em vista a Promoção e Educação para a Saúde. Destas actividades destaca-se a implementação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético e ainda a realização de Consultas de Enfermagem, Sessões de Ensino de grupo, Actividade de Rua, Elaboração de um Protocolo para a realização da Consulta Enfermagem. Os resultados obtidos no decurso das actividades executadas tiveram grande impacto e aceitabilidade pelos utentes e profissionais de saúde.

Palavras – Chave: Diabetes, Pé Diabético, Adaptação à doença, Promoção de Saúde.

ABSTRACT

This report aims to present the work, the skills acquired and some of the results obtained during the stage of Modules I and II, of the Master Course in Community Nursing.

Diabetes is a chronic disease that is emerging as a worldwide problem, affecting millions of human beings, involving high social and economic costs. Its incidence in Portugal has been increasing since the year 2000. The prevalence also continues to grow and it is associated with several factors, such as the aging of the population, the dietary changes, the unhealthy lifestyles and other unhealthy behaviour patterns. In this context, it is urgent to act at the level of Health Promotion in the community and empower patients to change their habits to healthy living habits with better life quality.

The diabetic foot is one of the most serious complications that results from diabetes, which can lead to amputation *Minor* and *Major*, who besides burden the economic costs of the country, also causes changes in personal and family lives. This requires that we act more focused and efficiently to the level of Primary Prevention, so there remains the need to encourage health providers to not bleach the surveillance of diabetic foot complications to delay possible complications.

The planning and intervention of community nursing actions, took place during the stage at the S. João Evangelista dos Lóios, owned by ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP, embedded in ACES Lisboa Oriental II. Initially, we performed a situation diagnosis of the community, to frame and contextualize the reality where diabetic users were inserted. The analysis of the diagnostic situation, guided the intervention for care at primary and secondary levels. In this context, various activities were carried out involving several "actors", from the local community and health professionals, always bearing in mind the Promotion and Education for Health. Stands out among these activities, the implementation of the Nursing Consultation for Diabetic Foot and yet the realization of queries of Nursing, Education group sessions, Street Activity, Elaboration of a Protocol for the implementation of Nursing Consultation. The results obtained in the course of the activities carried out had a huge impact and acceptability by patients and health professionals.

Keywords: Diabetes, Diabetic Foot, Adaptation to illness, Promotion of Health.

Deixo uma palavra de agradecimento profundo a todos quantos contribuíram de forma directa ou indirecta para a concretização dos objectivos que me propus atingir.

Agradeço a preciosa colaboração da Senhora Professora Rasquilho Vidal que tutorou, da Senhora Enfermeira Manuela Brito, que orientou no local de estágio e aos utentes que de uma forma ou de outra, se envolveram e participaram.

Agradeço também a toda a equipe multidisciplinar da USF, que me recebeu e apoiou tão carinhosamente. Ao convite recebido por vários elementos médicos e Coordenador, para integrar a sua equipe. A todos eles o meu muito obrigado!

Por fim e não menos importante à minha família, filha e marido, que tanto me ajudaram a ultrapassar os momentos menos bons.

No final dedico este relatório à minha mãe, que já não se encontra entre nós, mas não deixa de estar sempre presente.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ADO – Anti-diabéticos orais
APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
ARS – Administração Regional de Saúde
CE – Cuidados de enfermagem
CN – Circular Normativa
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
D. – Dona
DG – Diabetes Gestacional
DID – Diabetes insulino-dependentes
DIM – Delegado de informação médica
DM – Diabetes *Mellitus*
DNID – Diabetes não insulino-dependentes
Dr. - Doutor
Enf^a. – Enfermeira
GEBALIS – Gestão de Bairros Municipais de Lisboa
ha – Hectares
HbA1c – Hemoglobina glicosilada
IMC – Índice de Massa Corporal
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
MS – Ministério da Saúde
nº - Número
OMS – Organização Mundial de Saúde
Pág. - Página
PNPCD – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
PNS – Plano Nacional de Saúde
PTGO – Prova de tolerância à glicose
S. – São
SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SS – Serviço de Saúde
TA – Tensão arterial
TDG – Tolerância Diminuída à Glicose
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar
W.C. – Water Closet (casa de banho)

Índice

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	11
1- PROMOÇÃO DA SAÚDE NA DIABETES / PÉ DIABÉTICO	14
2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	26
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO COMUNITÁRIO DA USF	28
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA USF	29
2.3 – A PROBLEMÁTICA	33
2.4 – AMOSTRA	35
2.5 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	40
3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, NO ÂMBITO DA IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DO PÉ DIABÉTICO	44
3.1 - AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DA DIABETES COM OBSERVAÇÃO DO PÉ	44
3.2 – SESSÃO DE ENSINO DE GRUPO, “DIABETES/PÉ... SABER MAIS...”	49
3.3 - O PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PÉ DIABÉTICO	52
3.4 – ACTIVIDADE DE RUA, “MELHOR QUALIDADE DE VIDA, NA DIABETES”	54
3.5 – ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS	58
4 – CONCLUSÃO	63
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
6 – ANEXOS	69
6.1 – Anexo I – E-mail enviado para Junta de Freguesia de Marvila	70
6.2 – Anexo II - E-mail enviado para GEBALIS	72
6.3 – Anexo III - E-mail enviado para Centro Hospitalar Lisboa Central	74
6.4 – Anexo IV – Questionário às enfermeiras da USF	76
6.5 – Anexo V – Quadro das Resposta das enfermeiras ao Questionário	81
6.6 – Anexo VI – Tabela Mestra	83
6.7 – Anexo VII – Carta dirigida à APDP	86
6.8 – Anexo VIII - E-mail de agradecimento enviado à APDP	88
6.9 – Anexo IX – Resposta da APDP ao agradecimento	90

6.10 – Anexo X – Convocatória da Consulta de Enfermagem da Diabetes _____	92
6.11 – Anexo XI – Convocatória da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético _____	94
6.12 – Anexo XII - Convocatória da Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial____	96
6.13 – Anexo XIII – Panfleto tripartido “Os Meus Pés” _____	98
6.14 – Anexo XIV – Plano de Sessão de grupo “Diabetes/Pé...Saber Mais...” _____	101
6.15 – Anexo XV – Cartaz informativo da sessão de ensino de grupo _____	103
6.16 – Anexo XVI – PowerPoint da sessão de grupo _____	105
6.17 – Anexo XVII – Questionário de avaliação da sessão de grupo _____	127
6.18 – Anexo XVIII – Protocolo da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético _____	131
6.19 – Anexo XIX – Pedido de autorização ao Conselho técnico, para Implementação do Protocolo _____	144
6.20 – Anexo XX – Carta ao Coordenador, para informar pedido ao Conselho Técnico____	146
6.21 – Anexo XXI – Cartaz informativo da apresentação do Protocolo _____	148
6.22 – Anexo XXII – Plano de Sessão de apresentação do Protocolo _____	150
6.23 – Anexo XXIII – PowerPoint da apresentação do Protocolo _____	152
6.24 – Anexo XXIV – Cartaz de divulgação da Actividade de Rua _____	164
6.25 – Anexo XXV – Certificado de participação na actividade _____	166
6.26 – Anexo XXVI – Pedido de autorização, para circulação do panfleto tripartido, ao Conselho Técnico _____	168
6.27 – Anexo XXVII – Pedido de autorização ao Coordenador, de agendamento da Consulta de enfermagem ao Pé em Vita Care _____	170
6.28 – Anexo XXVIII – Exemplo de agendamento do Vita-Care _____	172
6.29 – Anexo XXIX- Apresentação do 4º Fórum Nacional da Diabetes _____	174
6.30 – Anexo XXX - Poster “Melhor Qualidade de Vida, na Diabetes” _____	176
6.31 – Anexo XXXI – Resumo do Poster _____	178
6.32 – Anexo XXXII – Pedido de autorização ao coordenador para afixação do Poster____	183

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico nº 1 – População da freguesia de Marvila, inscrita na USF _____	31
Gráfico nº 2 – Distribuição dos utentes da USF, diabéticos e não diabéticos _____	33
Gráfico nº 3 – Distribuição de diabéticos, por Médico _____	33
Gráfico nº 4 – Distribuição dos diabéticos, por idade e por género _____	36
Gráfico nº 5 – Distribuição dos diabéticos, por nacionalidade _____	36
Gráfico nº 6 – Percentagem de desemprego, nos diabéticos _____	36
Gráfico nº 7 – Distribuição da Escolaridade, nos diabéticos _____	37
Gráfico nº 8 – Distribuição do nível de Escolaridade nos diabéticos, por género _____	37
Gráfico nº 9 – Distribuição dos diabéticos, por tipo de família _____	38
Gráfico nº 10 – Distribuição dos diabéticos, por tipo de Diabetes _____	38
Gráfico nº 11 – Distribuição dos diabéticos, com auto-vigilância ao Pé _____	38
Gráfico nº 12 – Consultas de enfermagem da Diabetes, realizadas pela enfermeira _____	44
Gráfico nº 13 – Distribuição da HbA1c, nos diabéticos _____	46
Gráfico nº 14 – Percentagem de diabéticos, com Isquémia _____	47
Gráfico nº 15 – Percentagem de diabéticos, com Neuropatia _____	47
Gráfico nº 16 – Estratificação percentual nos diabéticos, do Risco de Ulceração _____	47
Gráfico nº 17 – Distribuição de Diabéticos, com feridas nos Pés _____	47
Gráfico nº 18 – Distribuição de Diabéticos com calosidades _____	48
Gráfico nº 19 – Avaliação da Sessão de Ensino _____	51
Gráfico nº 20 – Distribuição dos valores glicémicos, nos diabéticos, com a actividade física _____	57

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro nº 1 – Equipamentos e serviços, da População dos Lóios _____	29
Quadro nº 2 – Indicadores demográficos, dos utentes da USF _____	31
Quadro nº 3 – Distribuição da população da USF, por idades e por género _____	31
Quadro nº 4 – Distribuição do número de diabéticos, por ano e por médico, em tratamento ao Pé _____	34
Quadro nº 5 – Distribuição dos enfermeiros, com formação em Pé Diabético _____	41
Quadro nº 6 – Respostas ao questionário de avaliação, por utente _____	51
Quadro nº 7 – Distribuição do agendamento das Consultas do Pé Diabético, por dia e por enfermeiro _____	59
Quadro nº 8 – Observações do Pé aos Diabéticos, até 18/06/2010 _____	60
Quadro nº 9 – Observações do Pé aos Diabéticos, entre 18/06/2010 e 31/12/2010 _____	60

0 - INTRODUÇÃO

O presente Relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa e tem por finalidade avaliar a pertinência da temática escolhida, seu enquadramento teórico e prático, faseamento e implementação ao longo do estágio.

A elaboração deste relatório é o culminar de várias situações vividas e ultrapassadas, o entusiasmo com que se passou para o papel as vivências e sentimentos experimentados. Segundo Azevedo e Azevedo (2008, p.65) citando o Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea o Relatório é: “*exposição circunstanciada e objectiva, oral ou por escrito, daquilo que se viu, estudou, observou, analisou...*”, em relação ao relatório na investigação científica é: “*um produto... de grande importância pelo grau de actualidade da informação...operacional do seu conteúdo*”. Um relatório tem então como principais objectivos:

- ◆ Comunicar os resultados obtidos e o caminho percorrido,
- ◆ Descrever o que foi feito, como foi feito, porque foi feito, qual o método utilizado, entre outros dados, (Azevedo e Azevedo, 2008).

O estágio foi tutorado pela Sra. Professora Rasquilho Vidal, da Universidade Católica Portuguesa, e orientada pela Sra. Enf.^a Manuela Brito, especialista em Saúde Mental, e enfermeira responsável na USF S. João Evangelista dos Lóios.

O estágio foi composto por dois módulos. O Módulo I decorreu no período de 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, e tinha como objectivo efectuar um diagnóstico de situação, com a caracterização da USF, da população abrangida e dos diabéticos. O Módulo II decorreu no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, e tinha como objectivo a realização de actividades e Implementação de uma consulta, no local de estágio.

O estágio decorreu numa USF que pertence ao UCSP de Marvila, na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, IP, ao Agrupamento do ACES Lisboa Oriental II, que é constituído por: UCSP Graça (2 extensões), UCSP Penha de França (2 extensões), UCSP S. João (2 extensões) e USF Monte Pedral, CS Olivais e CS Marvila e USF S. João Evangelista dos Lóios. A USF S. João Evangelista dos Lóios, situa-se na freguesia de Marvila, no concelho de Lisboa, a população inscrita é residente nos nove Bairros da Freguesia de Marvila.

A equipe multiprofissional da USF é constituída por 5 enfermeiros, 6 médicos e 5 administrativos. De momento por falta de pessoal de enfermagem não estão a funcionar por enfermeiro de família, mas sim por programas. A USF tem um horário de funcionamento das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira. No ano de 2010, a USF tinha **10465** utentes inscritos (dados de Vita Care a 27 Abril 2010), de entre estes **6,15%** sofrem da doença Crónica da Diabetes, o que se aproxima do valor de **7,3%** de diabéticos a nível Nacional.

A escolha deste agrupamento para a realização do estágio, teve em consideração a possibilidade de elaborar um contributo válido e inovador para o ACES onde a mestranda desempenha funções, mais propriamente na UCSP da Graça, bem como da possibilidade de ampliação da implementação do projecto a realizar ao restante agrupamento.

Ao nível dos recursos utilizados nas diferentes actividades, refere-se que na sua maioria e de uma forma em geral, os recursos físicos são constituídos pelo espaço físico onde decorreram todas as actividades relativas ao estágio. Os recursos materiais, são variados consoante a actividade. Os recursos financeiros garantem os meios para aquisição de todo o material necessário para atingir os objectivos. Como refere Tavares (1990, p. 184) a propósito de orçamento, *“o custo de cada actividade passa pelos materiais utilizados, tempo gasto de cada profissional, suporte logísticos, aquisições (...) tudo quanto ele gasta”*. Os recursos financeiros utilizados para grande parte das despesas inerentes ao próprio estágio, foram afectos à USF, quer do material utilizado, quer dos telefonemas realizados, e cartas enviadas.

Existem vários motivos, que contribuíram para a escolha do tema **“A Promoção de Saúde na Diabetes Mellitus – Prevenção do Pé Diabético, numa USF”**. Um dos principais relaciona-se com uma intenção pessoal de identificar uma temática que relevasse o papel do enfermeiro no domínio da Saúde Comunitária. A pertinência do tema, evidencia-se pelos elevados valores de incidência e prevalência do Pé Diabético e de amputações a nível nacional. Bem como, do número de tratamentos ao Pé existentes na USF e pela experiência individual da mestranda em CSP, sabendo que as complicações podem ser retardadas e minoradas, desde que se faça a Prevenção a nível Primário.

Assim foi traçado um percurso metodológico, que se iniciou com uma fase de estudo, identificação e avaliação de um problema de saúde comunitária. Esta primeira fase, centrou-se em actividades de investigação, de grande interacção entre a mestranda e as forças vivas da comunidade local e regional, os utentes e os agentes de saúde. Seguiu-se uma fase mais interventiva junto da comunidade, orientada para a capacitação de um grupo, realizada na USF com os utentes diabéticos que são assistidos a nível de enfermagem e médico. Esta fase, teve por base a consecução de objectivos do PNS, consubstanciados nas acções relacionadas com a integração e coordenação da **Implementação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético**, com vista à Promoção de Saúde na Diabetes e Prevenção do Pé Diabético, acção

indissociável da melhoria da Qualidade dos Cuidados prestados à comunidade. As principais actividades nesta fase tiveram grande diversidade, passando pela negociação, formação de agentes de saúde, sessões de ensino a utentes, consultas de enfermagem, acções de divulgação e sensibilização na comunidade.

O presente relatório, será o culminar de todo este processo, apresentando a fundamentação, os objectivos, as actividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante o percurso realizado. A descrição e contextualização do planeamento e das diversas actividades desenvolvidas no contexto de Enfermagem Comunitária, segue a seguinte estrutura:

- ◆ **Capítulo 1 – Promoção da Saúde na Diabetes / Pé Diabético** – É dedicado ao enquadramento teórico, apresentando os dados epidemiológicos e sua problemática, servindo de base à justificação dos problemas levantados e ao diagnóstico de situação. Faz a ligação dos conceitos da teórica Nola Pender, à situação de Promoção da Saúde.
- ◆ **Capítulo 2 – Diagnóstico de situação** – Aborda a caracterização do contexto comunitário da USF, a caracterização da USF, os problemas de saúde identificados, caracterização da amostra, os objectivos a atingir e a descrição das actividades realizadas no 1º Estágio.
- ◆ **Capítulo 3 – Descrição e análise de actividades desenvolvidas no âmbito da Implementação da Consulta do Pé Diabético** – Descreve, analisa e elabora acerca dos dados obtidos, no decurso das actividades desenvolvidas durante o 2º Estágio, designadamente: as Consultas de Enfermagem, as sessões de Ensino de Grupo, Protocolo de actuação na consulta do Pé Diabético, actividade de Rua, outras actividades complementares.
- ◆ **Capítulo 4 – Conclusão** – Corolário do relatório, que apresenta as principais reflexões decorrentes da análise dos capítulos anteriores.

1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE NA DIABETES / PÉ DIABÉTICO

A Diabetes constitui hoje, um grave problema de Saúde Pública a nível mundial, atingindo milhões de seres humanos, citando Duarte [et al.] (2002, p.43), este considera *“inclusive a existência de uma «epidemia global» da diabetes”*. Ainda segundo Duarte [et al.] (2002, p.43), e citando um extracto da Declaração de St. Vincent de 1989,

“A Diabetes Mellitus é um grave e crescente problema de saúde na Europa, um problema de todas as idades e de todos os países. É causa de doença prolongada, morte prematura e ameaça para, pelo menos, 10 milhões de europeus”.

Assim, a Diabetes surge como um problema à escala mundial, que envolve custos sociais e económicos elevados. No domínio da envolvente financeira, foi recentemente anunciado no Diário de Notícias de 7/02/2011, que o Alto Comissariado da Saúde, pretendia terminar com mais de 30 programas de prevenção e controlo de várias doenças, mas que o PNPCD seria dos poucos a manter, por ser uma prioridade actual. Esta declaração, é claramente indicativa da importância da prevenção a nível nacional e cujos números falam *per si*.

A proposta final supracitada vai depender de prioridades, “definidas através dos anos de vida potencial perdidos por cada doença”, (considerado o número de anos perdidos antes dos 70 anos, devido a uma patologia evitável). Em 2009 o número de **anos potenciais perdidos por Diabetes**, foi de **7,38** anos por pessoa ou seja de **61,2** anos por 100 000 habitantes com menos de 70 anos, (Observatório da Diabetes, 2010, p.16). Os valores registados segundo a **mortalidade**, relacionada com a Diabetes, têm vindo a crescer ligeiramente ao longo dos últimos quatro anos, em 2006 era de **3,7% (3 729 óbitos)**, em 2009 foi de **4,4% (4 603 óbitos)** (Observatório da Diabetes, 2010, p. 15). Pode-se observar que este é um número relativamente elevado na população total, que tem que ter impacto na valorização e investimento na Prevenção em Saúde.

Diabetes

A DM é uma alteração metabólica que impede o organismo de utilizar correctamente o açúcar. É uma doença crónica caracterizada por um aumento dos níveis normais da glicose circulante no sangue.

O açúcar proveniente dos alimentos, juntamente com as gorduras, é normalmente usado pelo organismo como fonte de energia. O corpo humano precisa da ajuda da insulina, que é uma hormona segregada pelo pâncreas. Quando ocorre uma produção insuficiente ou inexistente

de insulina, aparece a Diabetes, citando Brunner e Suddart (1982, p.787), a *“diabetes mellitus é uma afecção que resulta da quebra da capacidade do corpo em produzir ou utilizar insulina”*. Continuando a citar o mesmo autor (1982, p.787), *“na pessoa sadia a velocidade com que a insulina é libertada pelo pâncreas é proporcional á quantidade de glicose no sangue (...) na diabetes, a insulina não é segregada em proporção com os níveis sanguíneos de glicose”*. A inexistência ou insuficiência de insulina leva à não metabolização da glicose e ao aparecimento do aumento do açúcar no sangue designado por hiperglicémia.

Neste contexto, a Diabetes é uma síndrome, caracterizada por uma deficiente insulino-secreção, resultando numa hiperglicémia crónica. Também para Duarte [et al.] (2002, p.17) *“a Diabetes Mellitus é caracterizada por hiperglicémia persistente. (...) devida à falta de insulina ou à resistência a essa hormona, isto é existe resistência à acção da insulina”*. A hiperglicémia conduz ao aparecimento da glicosúria, resultando no aparecimento dos sintomas de: poliúria, polidipsia, astenia, perda de peso e desidratação. Podendo aparecer cetoacidose levando ao coma e por fim à morte.

O valor padronizado no controlo glicémico, deve ser: em jejum <126 mg/dl, pós prandial <140 mg/dl e a HbA1c ≤ 6,5%, (PNPCD, 2008, p.13). Quando há um aumento da glicemia acima de 180 mg/dl, a glicose é transferida para a urina através da pressão osmótica juntamente com água e sais minerais, provocando poliúria, citando Duarte [et al.] (2002, p.63), *“o aparecimento da glicosúria está dependente dos valores da glicémia ultrapassarem o “chamado” limiar renal por excreção de glicose, o qual ronda os 180mg/dl”*.

O quadro clínico pode fazer-se acompanhar por montantes excessivos de corpos cetónicos em circulação, evoluindo rapidamente para a cetoacidose, mais tarde para o coma e morte. Neste caso é necessário compensar a inexistência ou insuficiência de produção de insulina pelo pâncreas, através de administrações diárias de injeções de insulina. Neste contexto a Diabetes pode ser dividida em dois grupos:

- ◆ **Diabetes Insípida** – Quando existe uma alteração na produção da hormona antidiurética produzida pela hipófise.

- ◆ **Diabetes Mellitus** – Que consiste na inexistência ou insuficiência da produção por parte do pâncreas da hormona insulina, que leva à não metabolização da glicose.

Elaborando acerca do ponto anterior e segundo a classificação universal da OMS, em 1980 as diversas formas de **Diabetes Mellitus**, podem ser classificadas em diversos grupos, designadamente:

- ◆ **Diabetes Mellitus tipo I – DID** - Conhecida também por Diabetes juvenil. Consiste num funcionamento do pâncreas quase nulo ou inexistente, em que as células beta como consequência, deixaram de produzir total ou quase totalmente a insulina; segundo Duarte [et al.] (2002, p.17) a DID é uma doença *“devida à lesão das células B do pâncreas que são as*

mais numerosas nos ilhéus de Langerhans". Podendo ocorrer em qualquer idade sendo o tipo de Diabetes mais frequente nas crianças e jovens adultos. A **Incidência** da DID *"nas crianças e nos jovens tem vindo aumentar significativamente nos últimos 10 anos em Portugal. Em 2009 foram detectados 17 novos casos de Diabetes por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0-14 anos, perto do dobro registado em 2000"*, (Observatório da Diabetes, 2010, p.14). Em jovens dos **0-19** anos, em 2009 apareceram **11,2** novos casos em cada 100 000 indivíduos, (Observatório da Diabetes, 2010).

Diabetes Mellitus tipo II - DNID - É a forma mais frequente da Diabetes, correspondendo a cerca de *"90 a 95% das situações da diabetes"*, Duarte [et al.] (2002, p.46). A sua prevalência aumenta a partir dos 40 anos, e surge numa idade mais avançada, também segundo Duarte [et al.] (2002, p.34) esta *"É uma doença que surge tipicamente no adulto, sendo a idade de diagnóstico habitualmente superior a 45 anos e de incidência crescente com a idade"*. A maior **faixa de prevalência** situa-se no grupo etário acima dos **45** anos, (PNPCD, 2008). A **Incidência** de Diabetes, no ano de 2009, foi de **511,4** casos novos por 100 000 habitantes, ou seja a variação de 2003-2009 é de + **57,6%**, (Observatório da Diabetes, 2010, p.13).

Segundo o PNPCD (2008, p.7), existe *"a convicção de uma tendência crescente da prevalência da diabetes em Portugal, (...), para 2007, em 8,2% e para 2025 em cerca de 9,8%"*. De facto, a nível Nacional a **Prevalência** da Diabetes em **2009**, foi de **12,3%** da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, num total de **983 000** indivíduos, (Observatório da Diabetes, 2010, p. 9). Como se pode observar pelos dados estatísticos recentes de 2009, a previsão denota que a Prevalência da Diabetes para 2025 do PNPCD, já foi largamente ultrapassada (dos previstos **9,8%**, para os actuais **12,3%**).

♦ **A Diabetes Gestacional – DG** - É outra forma de Diabetes, observada no sexo feminino, que surge durante a gravidez e vulgarmente termina depois do parto. Pode reaparecer noutras gravidezes posteriores apresentando as mulheres um risco aumentado de poder vir a desenvolver Diabetes à posteriori. O controle intensivo da glicose no sangue, tem uma acção determinante na prevenção da mortalidade e da morbilidade do feto. Segundo Duarte [et al.] (2002, p.40) *"a Diabetes Gestacional (DG) assume características particulares pelo facto da hiperglicémia estar associada a um aumento do risco de morte fetal, obrigando a uma intervenção terapêutica e de vigilâncias rigorosas objectivando a normoglicémia"*. Quando a glicemia em jejum $\geq 92 < 126$ mg/dl, já se considera DG. No controlo da DG durante a gravidez, a prova de rastreio da PTGO não é necessário realizar-se se a glicemia for > 140 , pois já se considera diabetes gestacional. Este ano de 2011, foi emitida a Norma nº 7, da DGS a 31/1/2011. A DG em 2009, teve uma taxa de **Prevalência** de **3,9%**, num total de **3 219** grávidas, em **81 753** dos partos realizados no SNS, (Observatório da Diabetes, 2010, p.15).

♦ **A Tolerância Diminuída á Glicose – TDG** - É outro tipo de classificação da Diabetes, em que os indivíduos têm aumento de açúcar, mas em níveis inferiores aos necessários para

serem considerados diabéticos. Não obstante, são indivíduos que apresentam um risco aumentado de Diabetes nos 10 anos seguintes. Segundo Duarte [et al.] (2002, p.46), a TDG, “numa população é fortemente predictiva do futuro peso da doença...”. Em 2009 a **Prevalência** da TDG é de **13,5%** da população portuguesa ou seja **1 075 000** indivíduos entre os 20 - 79 anos, (Observatório da Diabetes, 2010, p.11).

Cumpra igualmente referir que a DM tipo I ou tipo II, é uma doença com uma componente hereditária, no entanto apesar de um indivíduo com antecedentes familiares da Diabetes, não “herdar” forçosamente a doença, pode ficar com uma predisposição, que só se virá a confirmar caso existam factores desencadeantes.

No domínio da monitorização, o doente diabético deverá estar atento às possibilidades de surgirem alterações, mesmo quando a sua Diabetes está bem controlada. É fundamental reconhecer os sintomas da hipoglicémia, (descida excessiva do nível de açúcar no sangue) e da hiperglicémia (subida excessiva do nível de açúcar no sangue). A hipoglicémia pode ocorrer devido a causas variadas: atraso de uma refeição; excesso terapêutico; um acréscimo de exercício físico, sem reforço de ingestão calórica; etc. Para corrigir esta situação é necessária a ingestão de açúcar de absorção rápida e depois de aliviados os sintomas, uma refeição contendo hidratos de carbono de absorção lenta, para manter o efeito do açúcar e não haver uma recaída. A continuação da hiperglicémia ao longo dos anos, pode levar a alterações metabólicas agudas e crónicas que podem originar situações de lesões, em vários tecidos e órgãos – que são denominadas as doenças tardias da Diabetes.

A Diabetes configura num curto prazo, uma perturbação grave no equilíbrio metabólico do indivíduo e a longo prazo uma doença limitativa. Tipicamente há ausência de sintomas durante anos, sendo o seu aparecimento lento, associado com o aparecimento de outras doenças, podendo mesmo a doença passar despercebida, sendo por isso considerada uma epidemia silenciosa. O Dr. Ernesto Roma (fundador da APDP), citado por uma enfermeira da Consulta do Pé Diabético da APDP, afirmava que *(a doença da Diabetes é a doença dos 3 Ss, Silenciosa, Surda e Sofredora), SIC.*

No que respeita à **Prevalência da Diabetes entre homens e mulheres**, existe uma diferença significativa por género, que a nível nacional em 2009, era para as mulheres de **10,2%** e para os homens **14,6%**. Também se verifica uma relação directa entre a **Prevalência da Diabetes e o envelhecimento** dos indivíduos, em que mais de $\frac{1}{4}$ da população portuguesa, se situa na faixa etária entre os 60-79 anos, (Observatório da Diabetes, 2010,p. 10). Também, se identifica que quanto maior o nível educacional, menor é a Prevalência da Diabetes. Cerca de **90%** da **população** apresenta excesso de peso ou de **obesidade**, sabe-se que *“uma pessoa obesa apresenta um risco 4 vezes superior de desenvolver Diabetes do que uma pessoa sem excesso de peso”*, (Observatório da Diabetes, 2010, p. 11). A **Incidência** e a **Prevalência** da DM tipo II aumentam com a idade, variam na razão directa da predisposição dos factores

genéticos, dos hábitos de vida e de alimentação errados, que levam ao sedentarismo e por sua vez à obesidade, e que devem ser objecto de intervenções na comunidade.

As complicações tardias, da Diabetes tipo I ou II, com a continuidade da hiperglicémia podem desencadear lesões crónicas em órgãos e tecidos, e com elas surgem os custos e os sofrimentos pessoais, que se podem traduzir: na forma de retinopatia, que leva à cegueira; na insuficiência renal crónica que leva à hemodiálise ou ao transplante renal; nas doenças cardiovasculares, que levam ao enfarte do miocárdio e AVC; nas disfunções sexuais que levam até à impotência sexual; na neuropatia que pode levar à amputação dos membros inferiores, ocasionando custos económicos elevados e uma elevada mortalidade ou morbidade. Segundo Duarte [et al.] (2002, p.45),

“a DM é a principal causa de cegueira adquirida no adulto e é uma das mais frequentes causas de Insuficiência Renal Crónica terminal e que tem vindo a aumentar mais em todos os países (...). É, ainda, a principal causa de amputações de origem não traumáticas dos membros inferiores”.

Citando Duarte [et al.] (2002, p.44), *“deve-se por isso apostar num bom controlo metabólico com o objectivo da prevenção das complicações tardias da DM. Os benefícios a longo prazo ultrapassam os custos económicos directos das medidas necessárias à prevenção”.*

Pé Diabético

O Pé Diabético é *“a combinação de complicações tardias da Diabetes – neuropatia periférica, arteriopatia e susceptibilidade às infecções – predispõe para o aparecimento de lesões nos pés dos diabéticos, por vezes graves, podendo terminar eventualmente em amputações”*, Correia [et al.], (2004, p.125). A etiopatogenia da Diabetes, tem como factores precipitantes do Pé Diabético, a doença vascular, e a neuropatia, embora seja necessário em ambos os casos que haja um traumatismo, por pequeno que seja, levando desta forma à rotura os tecidos.

O Pé Diabético, é hoje considerado um dos graves problemas de Saúde Pública, a nível mundial e nacional. É um assunto muito actualizado e que acarreta custos directos e indirectos, associados a grandes problemas quer a nível pessoal, familiar e mesmo a nível da sociedade, quando não é prevenido atempadamente. O número de **internamentos** a nível Nacional em 2009, quer devido às descompensações quer devido às complicações da Diabetes é de valorizar, só no SNS a média de **internamento** é de **8,5 dias**, as **amputações Minor** foram **760**, ou seja **7,5** por 100 000 habitantes, e as **amputações Major** **860**, ou seja **8,5** por 100 000 habitantes; só ao nível da **região de LVT**, temos **406 amputações Minor**, ou seja **11** em 100 000 habitantes e **313 amputações Major**, ou seja **8,5** em 100 000 habitantes, (Observatório da Diabetes, 2010, p. 46).

A 21/01/2011 problemática do Pé Diabético é tão grave que a DGS emitiu já este ano, a Norma nº 5 de, com alterações e procedimentos mais específicos, quanto ao grau de risco de ulceração e encaminhamento que o diabético deverá ter, estabelecendo os critérios e a

avaliação da implementação da Norma, visando regular os serviços e prestadores de cuidados de saúde de forma a adoptar uma abordagem sistemática do Pé Diabético. Nesta dá ênfase à avaliação do nível de risco de ulceração, prevenção e tratamento do Pé Diabético, com diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde e as diferentes constituições das equipas multiprofissionais, para a realização do tratamento ao Pé Diabético, com o objectivo de reduzir o número de amputações dos membros inferiores nas pessoas com DM. Esta Norma nº5 da DGS de 21/01/2011, vem anular a CN nº5 da DGS de 22/03/2010.

O Pé Diabético é a complicação mais temida pelos diabéticos, mas ao mesmo tempo, é evidente a desvalorização da observação sistemática do Pé por parte destes, não obstante esta ser ainda hoje uma das principais causas de internamentos. Para Duarte [et al.] (2002, p.369), *“a úlcera de pé é frequente e estima-se que ocorra em cerca de 15% de todos os diabéticos sendo responsável por 6 a 20% dos internamentos hospitalares por diabetes”*. Este quadro acarreta custos directos inerentes a internamentos hospitalares, custos indirectos que dizem respeito ao absentismo e aos gastos com a colocação de próteses, tempo de cicatrização e treino de adaptação às próteses, e ainda custos morais e sociais que são incalculáveis. O número de doentes saídos de internamentos hospitalares, com o **diagnóstico de Pé Diabético** tem-se mantido constante, desde 2005 até 2009, ou seja entre **1 890 e 1 876** casos, (Observatório da Diabetes, 2010, p.24).

A Prevalência de situações de risco e de alarme é de: *“90% de, ou seja, quase a totalidade da população diabética”*, Pereira (2004, p.28). A observação do Pé com regularidade, é uma medida de prevenção, que poderia alterar em muito as percentagens existentes, de complicações *Minor e Major*, caso fosse uma prática corrente nas consultas de enfermagem da Diabetes. Já em 1989 os objectivos da OMS apresentados na 42ª assembleia da Declaração de St. Vincent, aludiam à premência de reduzir em 50%, a taxa de amputações *major*. Neste âmbito, *“alguns estudos epidemiológicos mostram que a úlcera de pé precede 85% das amputações nos diabéticos”*, (Duarte [et al.], 2002, p.369).

É importante que haja uma partilha de cuidados entre os CSP e os cuidados mais especializados de forma a que o utente diabético, possa beneficiar com essa articulação e se minimize a demora e duplicação de serviços, citando Correia e Boavida [et al.] (2004, p.182) *“numa altura da sua vida em que estão muitas vezes associadas doenças, uma eficaz organização de apoio ao diabético idoso contribui para melhorar muito a sua qualidade de vida”*.

A **percentagem de mortalidade** após a amputação, devido à morbilidade cardíaca e renal, é elevada, e pode variar: *“ao ano (...) de 11 a 41%, aos 3 anos de 20 a 50% e aos 5 anos de 39 a 68%”*, Duarte [et al.] (2002, p. 369). A **morbilidade** associada a pequenas amputações, afecta a qualidade de vida dos diabéticos, *“a morbilidade é agravada pelo facto de a*

amputação de um membro inferior representar um risco acrescido e a curto prazo de amputação do membro remanescente”, Pereira (2004, p.29). A nível pessoal e familiar acarreta consequências económicas, em diversas dimensões, designadamente: os custos acrescidos de próteses; a perda temporária ou mesmo definitiva da actividade produtiva dos doentes, podendo inclusive levar à morte prematura; e ainda têm que ser tidos em conta os efeitos a nível familiar, derivados dos níveis de dependência dos doentes e da consequente diminuição da actividade produtiva de um ou mais membros da família, na medida em que a dependência do doente pode empenhar outro familiar a tomar conta deste.

Os factores de risco para a úlcera do Pé são diversos, destacam-se: o número de anos de tabagismo; o tempo de duração da Diabetes; o mau controlo glicémico; e a pressão sistólica alterada, entre outros. Configuram um risco acrescido para a amputação, a neuropatia e a isquémia. Neste contexto, as calosidades são a marca da neuropatia, que não são mais do que uma reacção de defesa dos tecidos em que há a formação do calo.

Conjugando o facto que a prevalência da Diabetes aumenta com a idade e que a população envelhecida também está a aumentar, torna-se clara a necessidade de actuar rápida e agressivamente, para minorar a prevalência (cada vez maior), ao nível da existência do Pé Diabético. Tendo em conta que os diabéticos são na sua grande maioria idosos, temos que considerar os problemas inerentes ao processo de envelhecimento, à adaptação às situações que restringem a sua actividade sociocultural e profissional e à sua qualidade de vida, e que consubstanciam igualmente motivo de preocupação dos nossos governantes.

Lisboa é o concelho com maior proporção de população com mais de **65** anos (**24%** em 2001) e com uma idade média de **44,11** anos, (Santos, Estivil e Aires, 2007). Em Lisboa a *“população envelhecida prevalece uma taxa de mortalidade superior à taxa de natalidade (14,70% e 11,3%) respectivamente”,* (Santos, Estivil e Aires, 2007, p. 13).

O envelhecimento faz-se de uma maneira gradual e a velhice instala-se sem que se dê por isso, levando por vezes ao isolamento social e ao temor de “ser velho”. A sociedade criou um estereótipo acerca do envelhecimento como representando apenas declínio, regressão ou enfraquecimento. Não é que não surjam, de facto, modificações fisiológicas e de carácter social, mas o mais importante é a capacidade que tem cada idoso para aprender e para se adaptar às mudanças impostas pelo ambiente.

Adaptação à doença

As alterações causadas pelo envelhecimento manifestam-se de forma diferente para cada pessoa dependendo de alguns factores, tais como: estilo de vida; actividade; meio ambiente; factores genéticos; estado de saúde e características pessoais. Neste âmbito, é premente a necessidade de manter um equilíbrio multidimensional, em que os idosos têm que possuir a

capacidade de adaptação face às diversas situações de doenças crónicas que podem surgir. As doenças crónicas podem aparecer em qualquer etapa da vida, mas as pessoas idosas são as mais afectadas. Black e Jacobs (1996, p.118) definem uma condição crónica quando esta “*é causada por uma doença que produz sinais e sintomas durante um período variável de tempo, tem uma evolução prolongada e resolve-se apenas parcialmente*”.

Se no passado as doenças crónicas eram ignoradas, na actualidade são *é* um dos maiores problemas para a medicina, devido ao impacto diferenciado sobre os indivíduos, família e sobre a comunidade em geral. Citando Paúl e Fonseca (2001, p.102), “*viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências... com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais*”. Como as doenças crónicas não podem ser curadas, os doentes têm e devem aprender a adaptar-se à sua nova condição.

Como a Diabetes não tem cura, os doentes devem readaptar-se, de modo a aprenderem a lidar com a sua doença. O idoso para se adaptar à Diabetes, pode necessitar de ajuda para ultrapassar a situação de crise que está a viver e assim aceitar a sua doença. Para Berger (1995, p.25), “*o idoso deve poder aceitar e compreender a sua situação, encontrar um sentido para a sua vida e continuar a crescer independentemente do seu valor e das suas capacidades físicas ou psicológicas*”. Quando não há adaptação, esta é sentida sobretudo como consequência da perda do papel social, provocando por vezes reacções depressivas que podem ser mais ou menos graves.

A Promoção da Saúde é um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle da sua Qualidade de Vida, com maior participação sobre a sua saúde, (Carta de Ottawa, 1986). Este processo relaciona-se com a finalidade estratégica da Política de Saúde, que consiste na **obtenção de ganhos em saúde**. Nos Países desenvolvidos, as sociedades investem na saúde e não apenas no tratamento da doença. O nosso sistema de saúde tem contribuído em muito, para ganhos em saúde. O MS reconhece ainda a necessidade de serem redobrados esforços dos SS, dos médicos, dos enfermeiros e dos diabéticos no sentido de serem adequadas estratégias que permitam, num futuro próximo, obter ainda mais ganhos de saúde. **Promover a saúde é assim, um investimento social estratégico.**

As amputações *Minor* ou *Major* conduzem à hospitalização que pode ser mais ou menos demorada, os custos financeiros, emocionais e sociais são altos, perturbando a integridade pessoal e da família. Citando Paúl e Fonseca (2001, p.102), “*a pessoa tem de continuar a viver com a sua doença no mundo da saúde*”. Os problemas de saúde associados ao Pé Diabético, devido à restrição das capacidades funcionais provocam limitações da actividade, isolamento e/ou sofrimento, alterações na capacidade de viver de forma autónoma, que podem afectar a

qualidade de vida e o bem-estar e tornando-se por vezes dependentes dos profissionais de saúde.

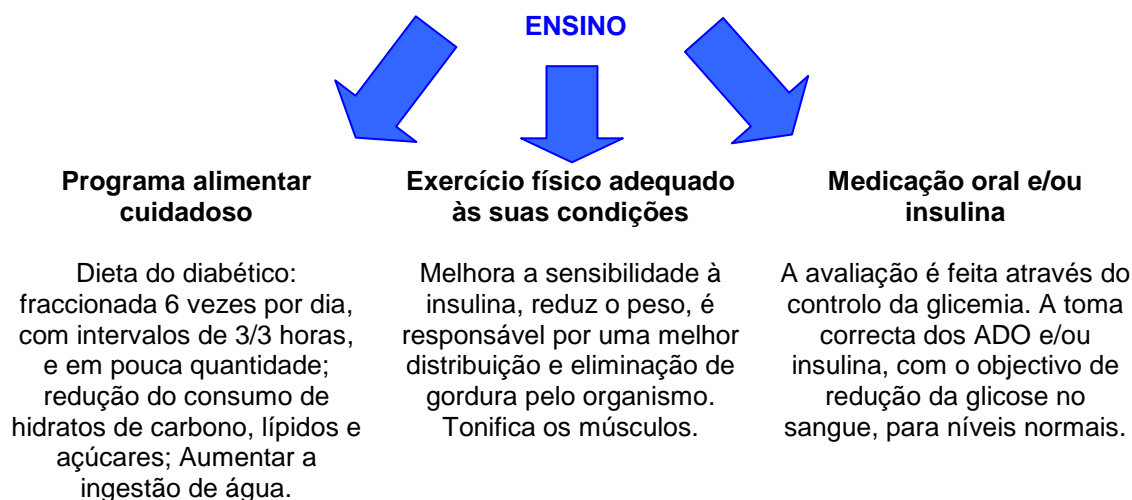
É importante fazer-se um diagnóstico precoce da Diabetes e de outros factores de risco, como nos diz Correia [et al.] (2004, p.180) “os *diabéticos bem controlados têm melhor qualidade de vida, recorrem menos aos centros de saúde e têm menos hospitalizações*.”. Por vezes a descoberta da Diabetes é feita através das análises de rotina ou numa fase já tardia em que há outras complicações associadas, “*como úlceras das pernas, uma retinopatia diabética ou uma infecção prolongada e repetida*”, (Correia [et al.], (2004, p.180).

No plano internacional, importa aludir à 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde nos Países Industrializados, que ficou conhecida como a Carta de Ottawa e que se realizou na cidade canadiana que lhe deu o nome de 17 a 21 de Novembro de 1986. Esta carta contém as orientações para atingir a Saúde para todos no ano 2000 e seguintes, (Carta de Ottawa, 1986).

No plano nacional, a Diabetes é identificada como uma doença de importância capital, de tal forma que o MS, publicou o PNPCD (2008, p.9), dirigido à População em geral, mas centrado na seguinte população alvo: “1. *Pessoas com Diabetes*. 2. *Mulheres grávidas*. 3. *População com risco acrescido de desenvolvimento de Diabetes*.”

O PNPCD (2008), tem como objectivos: Gerir de forma integrada a Diabetes; Reduzir a prevalência da Diabetes; Atrasar o início das complicações *major* da Diabetes e reduzir a sua incidência; Reduzir a mortalidade e morbilidade por Diabetes. Para atingir objectivos estabelecidos, são delineadas, estratégias de intervenção, de formação, de colheita e análise de informação. As suas estratégias de intervenção, são: Prevenção Primária, no combate aos factores de risco; Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado; Prevenção terciária, através da reabilitação; Promoção da qualidade dos cuidados de saúde à pessoa com Diabetes; Identificação dos obstáculos à implementação do Programa, (PNPCD, 2008).

Um controlo válido do diabético idoso, consegue-se através de:



Por várias razões, as pessoas idosas têm propensão para uma diminuição da actividade física e para uma dieta inadequada, perdendo massa muscular e aumentando o tecido adiposo, contribuindo deste modo para um aumento da resistência à insulina.

A nível do Pé Diabético é necessário e urgente actuar a nível da prevenção Primária, por isso a (Norma nº5 da DGS, 2011), tem como pontos fundamentais:

1. Todas as pessoas com Diabetes têm de ser avaliadas uma vez por ano, para identificação de factores de risco.
2. O exame clínico dos pés aos diabéticos, determina a classificação das categorias de risco de ulceração:
 - ◆ BAIXO – Ausência de factores de risco – vigilância anual.
 - ◆ MÉDIO – Presença de neuropatia – vigilância semestral.
 - ◆ ALTO – Presença de isquémia ou neuropatia, com deformidades do pé, ou história de úlcera cicatrizada, ou amputação previa – vigilância trimestral.
3. São criados três níveis de CS (nível I, nível II e nível III), e instituída a equipe profissional ajustada a cada nível.
4. As pessoas com grau de risco médio e alto deverão ser orientadas para equipa do pé diabético de nível II ou III.
5. Dados sobre o pé diabético, são introduzidos no “Guia da Pessoa com Diabetes”.

Promoção de Saúde

Inicia-se este ponto, mencionando a Conferência Internacional sobre os CSP, que decorreu a 12 de Setembro de 1978, no Cazaquistão, e que sublinhou a necessidade urgente, por parte de todos os governos, de todos os que trabalham na área da saúde e ainda da comunidade em geral, para a premência do tema e os levou a formular a Declaração de Alma-Ata. Foi também no plano internacional, a partir de 1980, que a Promoção de Saúde começou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, com a Carta de Ottawa, que inspirada pelos princípios

da Declaração da Alma-Ata, representou um passo significativo neste domínio. Esta carta, documenta que a Qualidade de Vida está directamente relacionada com a Promoção de Saúde. Qualidade de vida é *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL GROUP, 1994).

A Teórica Nola Pender, desenvolveu o Modelo de Médio alcance – Modelo de Promoção de Saúde, em que *“o objectivo de enfermagem era o ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias”*, ou seja capacitar a pessoa para conseguir tomar conta de si mesma, (Tomey e Alligood, 2003, p.699). Para Pender, a Saúde depende de vários factores, tais como: Características demográficas, biológicas, influências interpessoais, factores situacionais e comportamentais. Em Tomey e Alligood (2003, p. 706), *“Pender refere que existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde”*. Ainda para Pender citado por Tomey e Alligood (2002, p.705), *“Fim ou resultado de acção orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivos, tais como o bem - estar óptimo, realização pessoal e existência produtiva”*.

Assim, identifica-se a necessidade de haver uma educação para a saúde, em que o indivíduo diabético tem de ser responsabilizado para a normalização dos níveis da sua glicemia. Esta sua acção, envolve o equilíbrio da terapêutica oral (ADO) e injectável (insulina), e a orientação do seu estilo de vida para a adopção de hábitos saudáveis, tais como a modificação da dieta, a prática de exercício físico, e o controlo da glicose através da glicemia capilar. No caso dos diabéticos tipo II, o tratamento passa por um controlo e restrição alimentar, até aos ADO e à administração de insulina. Quanto à prevenção do Pé Diabético, o doente deve ser ensinado a fazer a auto vigilância sistemática do Pé, para assim retardar ou minorar as possíveis complicações e alertado para pedir auxílio à equipe de enfermagem, quando necessário.

O modelo de Promoção de Saúde, de Nola Pender foi projectado para ser um estado dinâmico e positivo e não meramente uma ausência da doença. A promoção de saúde, neste contexto, visa aumentar o nível de bem-estar. Este modelo, descreve a natureza multidimensional das pessoas, elabora da forma como elas interagem com o ambiente onde estão inseridas, e actua três áreas:

- ◆ Características e experiências individuais.
- ◆ Comportamentos específicos cognitivos, baseados nos afectos.
- ◆ Comportamentos baseados nos resultados.

Premissas do modelo de Nola Pender:

- ◆ Os indivíduos procuram regular o seu próprio comportamento.
- ◆ Os indivíduos na sua complexidade biopsicossocial, interagem com o ambiente, transformando-o ao longo do tempo.

- ◆ Os profissionais de saúde constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exerce influências sobre as pessoas em toda a sua vida.
- ◆ Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos.

Este modelo explica que *“cada pessoa tem características únicas e experiências pessoais que afectam as acções subsequentes”*, (Health Promotion Model, 2011). Releva que o conhecimento específico que afecta o comportamento do ser humano, pode ser modificado por meio de acções de enfermagem, em que a Saúde é o resultado desejado do comportamento de promoção para a saúde, resultando desta forma melhoria da saúde, capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todas as fases do desenvolvimento. Para Pender, as pessoas comprometem-se a adoptar comportamentos, dos quais advêm benefícios subsequentes e que sejam valorizados pelo próprio. Será neste contexto, que se deve incentivar os utentes a adoptar hábitos e estilos de vida saudáveis (seguir uma dieta saudável, fazer exercício físico regularmente, controlar o stress, vigiar o Pé).

2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O conhecimento dos enquadramentos legislativos, da realidade, das dinâmicas do SNS, ao nível da ARS, da organização dos CSP, dos Agrupamentos das UCSP e USF, dos utentes da USF S. João Evangelista dos Lóios e da Comunidade onde está inserida, são condições essenciais para poder identificar as suas necessidades, planear e desenvolver actividades no local de estágio.

Quadro legislativo

O SNS é o conjunto de instituições e serviços, que têm como missão, garantir acesso a todos os cidadãos aos CS, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. O MS é o departamento governamental que tem por missão definir a Política Nacional de Saúde e exercer as correspondentes funções normativas, para além de promover a respectiva execução e avaliação dos resultados.

Também no plano internacional, os CSP merecem à muito a atenção devida, patenteada na Declaração de Alma-Ata, (1978):

“Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas (...), colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, (...). Fazem parte integrante do Sistema de Saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com os indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde...”.

Nesta declaração, foi definido como meta a atingir, a Saúde Para Todos os povos do mundo até ao ano 2000. Mais tarde, sucederam-se outras Conferências Internacionais de “Promoção e educação para a saúde”, patrocinadas pela OMS, que vieram sempre a acrescentar algo, mas sempre a basear-se e a reforçar a Declaração de Alma-Ata.

Em 1999 criam-se os CSP, que são regulados pelo Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio, que estabelece o “Regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde”. Os CSP são um serviço público, de prestação de cuidados de saúde essenciais ao indivíduo, à família e à comunidade, com autonomia técnica e administrativa. Sendo acessível a todas as pessoas, de todas as raças, sexo, cultura ou idade. De acordo com o Decreto-Lei nº60/2003, de 1 de Abril, artigo nº1 alínea 3,

“A rede de cuidados de saúde primários promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na

peessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere”.

Ainda no mesmo Decreto-Lei, artigo nº 6, são objectivos dos Centros de Saúde:

“1- ... a melhoria do nível de saúde da população da sua área geográfica (...), já definida no âmbito da respectiva (...)(ARS) como sua área de influência”.

2- ...dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade (...).”.

A 22 de Fevereiro de 2008, o Decreto-Lei nº 28/2008, “... cria os agrupamentos de centros de saúde do serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento”. A 11 de Maio de 2009, através do Decreto-Lei nº 102/2009, há alteração ao decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, que estabelece o “...regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde”.

As Portarias nº 272, 273, 274, 275, 276/2009, de 18 de Março, estes diplomas criam os diversos agrupamentos de centros de saúde. Cada ACES está integrado nas várias ARS, respectivamente do Algarve I.P, do Norte I.P, do Centro I.P, do Alentejo I.P e de Lisboa e Vale do Tejo I.P, sucedendo-se novos decretos-lei, portarias e rectificações.

O Despacho Normativo nº 9/2006, legisla as candidaturas às USF, regulamentando “O Lançamento e Implementação das unidades de saúde familiar”, definindo assim as condições para a sua criação, referindo nomeadamente: Constituição da equipa multiprofissional, mobilidade profissional, compromisso assistencial, níveis de desenvolvimento das USF, regimes de trabalho e remuneratório, avaliação e acompanhamento, condições da implantação das USF, instalações e equipamentos, treino, ensino e inovação.

Com os objectivos de reforma dos CSP, formam-se as USF do SNS, que têm como objectivo principal, melhorar o estado de saúde e o bem-estar da população abrangida. Os utentes podem usufruir dos cuidados de saúde globais, considerados cuidados de primeira linha, onde se pretende que haja ganhos em Saúde e melhor Saúde para todos.

O Despacho nº 24 101/2007, especifica os três Modelos possíveis de USF: Modelo A, B e C, tendo obrigatoriamente que iniciar pelo Modelo A, para poderem ganhar experiência e só depois dos objectivos inicialmente propostos serem atingidos, podem passar para Modelo B e C. O Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto estabelece o “regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiares (USF) e o regime de incentivos a atribuir...”. A Portaria nº 301/2008 de 18/04/2008, “regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros, as unidades de saúde familiares (...) e aos profissionais que as integram...” e ainda refere quais são os treze indicadores comuns a todas as USF.

Merece igualmente referência, o novo Regulamento n.º128/2011, respeitante às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO COMUNITÁRIO DA USF

As actividades desenvolvidas para conhecer a comunidade envolvente da USF S. João Evangelista dos Lóios, apoiaram-se em acções de pesquisa bibliográfica, de informação estatística diversa, contactos com entidades municipais e locais. Neste âmbito, foram enviados e-mails e efectuados contactos, com as seguintes entidades:

1. Junta de Freguesia de Marvila, em 02/06/2010 (Anexo I), com a finalidade de obter informação para a caracterização comunitária. Inicialmente, foi solicitada uma reunião, que não obteve resposta, mais tarde, após segundo contacto telefónico, foi agendada uma reunião e fornecida informação vaga e desactualizada, apoiada no Censos de 1991.
2. Gestão de Bairros Municipais de Lisboa (GEBALIS), no dia 18 de Junho de 2010 (Anexo II), com a finalidade de obter informações específicas, sobre o Bairro dos Lóios. Foi recebida via e-mail, em 16/08/2010, informação com pertinência para o trabalho.
3. Centro Hospitalar Lisboa Central (Anexo III), não tendo sido obtida resposta.

Assim, de acordo com a pesquisa e actividades realizadas, procurou-se caracterizar a comunidade envolvente da USF dos Lóios. A **freguesia de Marvila**: é uma zona periférica do concelho de Lisboa, criada pelo Decreto-Lei 42 142 de 7/02/1959; abrange **6,29 Km²** de área; tem **38 767** habitantes e uma densidade populacional de **6 159,2 hab. /Km²**; das **53** freguesias de Lisboa, é a que possui **maior número** de habitantes; encontra-se dividida em nove bairros (Bairro das Salgadas, Bairro dos Alfinetes, Bairro do Condado, Bairro das Amendoeiras, Bairro da Flamenga, Bairro do Armador, Bairro do Marquês de Abrantes, Bairro da Prodac ou Vale Fundão, Poço Bispo e Bairro dos Lóios), (Santos, Estivil, Aires, 2007).

A freguesia de Marvila é uma das freguesias com **idade média mais baixa**, com uma média de **38** anos, contrariamente à idade média da população do concelho de Lisboa que é de **45** anos, (Santos, Estivil, Aires, 2007), esta situação prende-se com a grande quantidade de realojamentos, em que se fazem deslocar, famílias numerosas e com elementos mais novos. Destaca-se ainda a seguinte informação:

- ◆ Índice de envelhecimento mais baixo de Lisboa, com uma média de **38** anos, **48,2%** são homens e **51,8%** são mulheres.
- ◆ **54,1%** habitantes têm entre os 25 e os 65 anos.
- ◆ **13,7%** dos habitantes têm mais de 65 anos.
- ◆ **15,2%** são famílias unipessoais.
- ◆ **1805** famílias com 5 ou mais pessoas, por habitação.
- ◆ A Taxa de desemprego é de **10,1%**.
- ◆ A População analfabeta é de **10,17%**.

- ◆ **27,2%** da População não tem grau de instrução.
- ◆ **58,2%** da População tem ensino básico completo.
- ◆ Só **2,49%** da população é estrangeira, (Santos, Estivil, Aires, 2007, p.17).

Aumentando o detalhe da análise, focalizamos no bairro da USF. No **Bairro dos Lóios**, existem **55** lotes edificados essencialmente de Realojamento Social. Tem uma área de **35** ha e **4476** habitantes (51,6% Feminino e 48,8% Masculino), (GEBALIS, 2008, p.77). É limitado, a Norte pela Av. Marechal Gomes da Costa, a Sul pelo Bairro da Flamengo, a Este pela Av. Santo Condestável e a Oeste pelo Parque da Bela Vista, (GEBALIS, 2008, p.58). Tem várias Cooperativas habitacionais e algum comércio junto do eixo de circulação viária, “*uma área de restauração, lar & bricolage, vestuários e diversos, produtos alimentares, estética e cabeleireiros*” (GEBALIS, 2008, p.66), farmácias e oficinas do ramo automóvel. Existem ainda equipamentos e serviços de utilidade pública de apoio à população.

Quadro nº 1 – Equipamentos e serviços, da população dos Lóios

-Acção social	-Centro de Desenvolvimento Comunitário do Bairro dos Lóios (SCML).
-Associação de moradores	-Associação Tempo de mudar para o Desenvolvimento do Bairro dos Lóios
-Equipamento desportivo coberto	-Polidesportivo coberto do Bairro dos Lóios
-Culto	-Igreja Evangélica de Chelas
-Estabelecimentos de ensino Público/Privado	-Escola Básica do 1º Ciclo nº 9 -Escola Básica dos 2 e 3º Ciclos de Damião de Góis -Colégio Valsassina (Estabelecimento privado)
-Saúde	-USF S. João Evangelista dos Lóios

(GEBALIS, 2008, p.67)

Existe ainda, uma creche e jardim-de-infância associada à Associação de moradores “Tempo de Mudar”, um Centro de Desenvolvimento Comunitário do Bairro dos Lóios - cuja gestão é da SCML e ainda um parque infantil, (GEBALIS, 2008, p.68). “*a sua única praça situa-se no arruamento principal, mas devido à sua reduzida dimensão, relativamente à escala do Bairro, não funciona como ponto de encontro ou como ponto central*”, (GEBALIS, 2008, p.69). Este bairro tem apenas a função residencial, (GEBALIS, 2008, p.72).

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA USF

A USF S. João Evangelista dos Lóios, pertence à ARS Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e está inserida no Agrupamento ACES II Lisboa Oriental, presta CSP e funciona como Modelo A. Esta USF é uma das duas USF existentes no ACES. A USF está situada na Rua José Pezerat nº 11, no Bairro dos Lóios, pertencente à freguesia de Marvila, na cidade de Lisboa. A USF está

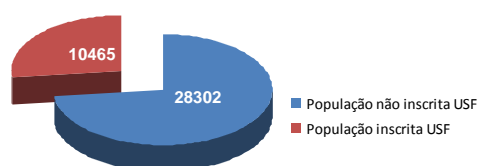
instalada num edifício novo, projectado em 1998 para ser um CS feito de raiz. Foi inaugurada no dia 27 de Maio de 2008, funciona num único piso, os espaços são amplos e encontra-se relativamente bem equipada.

No que respeita, à configuração e acessibilidade ao edifício, existe uma pequena rampa de acesso para deficientes motores no exterior, junto à entrada. Já no seu interior, existe: um hall de entrada; quatro salas de espera para os utentes, (cada uma com um balcão de atendimento de serviços administrativos), duas para o atendimento ao adulto, uma para crianças e outra ainda para as grávidas; dois W.C para os utentes; Sala da Coordenação; no centro existe um balcão em forma de ilha onde se encontra o segurança; existem ainda quatro portas que dão acesso a todos os gabinetes, nomeadamente, oito gabinetes médicos e cinco gabinetes de enfermagem. Assim, a enfermagem apoia-se: em duas salas da Saúde da Mulher - onde se fazem as consultas de ginecologia, nomeadamente as citologias; a Sala de Vacinação; a Sala de Saúde Infantil; Sala de doentes Crónicos; e ainda uma sala grande dividida em quatro espaços, destinada aos tratamentos - numa das partes fazem-se os injectáveis e aerossóis, nas outras duas os pensos e na quarta divisão efectuam-se os registos informáticos de enfermagem referentes à sala de tratamentos. Existe também uma Sala de reuniões, uma farmácia, dois W.C. para o pessoal, uma sala de vestiário, uma copa e Sala de arrumos.

A USF é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, integrada por uma equipa multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Actualmente, com cinco enfermeiras, (aguarda colocação de uma desde 03/05/2010) seis médicos e cinco administrativos. Estão designados, uma enfermeira responsável, um Coordenador médico e um administrativo responsável. Os registos de enfermagem, médicos e administrativos, são todos informatizados, utilizando o programa informático Vita Care, que assegura o acesso à informação, a ligação e comunicação, entre todas as valências, e profissionais desta USF.

Cada médico tem uma lista específica de utentes e suas famílias, a enfermagem presta cuidados ao indivíduo/família de todas as listas médicas. Neste campo, debatem-se com a falta de enfermeiros, não sendo por isso possível o atendimento por enfermeiro de família, como está preconizado para as USF. A equipa de enfermagem da USF, actualmente não tem capacidade para dar resposta às necessidades da população, no que respeita ao trabalho comunitário de visitação domiciliária de uma forma sistemática.

De um total de **38 767** habitantes da freguesia de Marvila, **10 465** utentes estão inscritos na USF dos Lóios (Vita Care, 27 Abril). Actualmente na USF, não se pode inscrever mais ninguém, pois chegou à saturação de número de utentes por médico, que é de **1 745** utentes por médico.

Gráfico nº1 – População da freguesia de Marvila, inscrita na USF

Na USF está inscrita cerca de **27%**, de um total da população da freguesia de Marvila, residente nos nove Bairros de Marvila. A sua maioria é oriunda do interior do País (Norte e Centro) e muitos são realojados.

Quadro nº 2 - Indicadores demográficos, dos utentes da USF

◆ Índice de dependência de idosos	21,12
◆ Índice de dependência de jovens	24,47
◆ Índice de dependência total	45,59
◆ Percentagem de população activa	69,42
◆ Percentagem de população jovem	16,99
◆ Percentagem de população idosa	14,66
◆ Índice de vitalidade	86,28

Fonte: (Vita Care, 27 de Abril)

Da análise da tabela, podemos aferir que a maioria da população que frequenta a USF é uma população ainda em idade activa, com um **índice de vitalidade** elevado (**86,28**) e com uma percentagem de **população idosa acima dos 60 anos** de apenas **14,66%** - valor semelhante ao da freguesia de Marvila, em que a população superior aos 60 anos é de **13,7%**, (Santos, Estivil, Aires, 2007, p.124).

Quadro nº3 – Distribuição da população da USF, por idades e por género

Idades	Feminino	Masculino
0-14	880	894
15-64	3675	3481
65-90	893	592
> 90	39	11

Fonte: (Vita Care, 27 de Abril)

A respeito do género, os utentes da USF dividem-se entre **52,4%** mulheres e **47,5%** homens e estão maioritariamente inseridos na faixa etária dos **15 aos 64** anos, representando uma percentagem de **68,3%** ainda em idade activa, **35,1%** mulheres e **33,2%** homens. O valor de população activa está próximo dos **69,42%** da freguesia de Marvila.

Programas da USF

As actividades na USF, prendem-se com a prestação de cuidados directos e globais ao indivíduo/família, doente e aos três níveis de prevenção, nas diferentes fases do ciclo de vida desde a concepção, infância, adolescência, durante a idade adulta e velhice. Bem como, na vigilância e despiste de situações problemáticas e no encaminhamento de utentes em situação aguda de doenças crónicas. Os hospitais de referência desta USF, são os Hospitais de S. José, Curry Cabral, D. Estefânia e Maternidade Alfredo da Costa.

As consultas de Enfermagem decorrem de 2ª a 6ª feira, de acordo com a marcação das consultas médicas, a Vacinação e Sala de Tratamentos é independente da consulta médica. No que respeita às actividades de enfermagem, os programas existentes na USF, são os seguintes: Consulta de Saúde Materna e Planeamento Familiar, Sala de Tratamentos, Vacinação, Consulta de Saúde Infantil, Visitação domiciliária e Consulta da Diabetes.

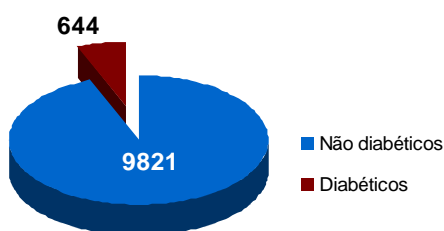
Na Consulta de Enfermagem da Diabetes as actividades desenvolvidas, com vista à promoção de saúde e prevenção da doença, são: Informação e aconselhamento sobre alimentação; exercício físico e explicação da terapêutica; avaliação da TA, IMC, peso, perímetro abdominal e glicemia; fornecimento de glucómetros, ensino e explicação do manuseamento dos glucómetros; ensino sobre auto vigilância da glicemia; alerta para prevenção e diagnóstico precoce de sinais e sintomas de possíveis complicações; prestação de CE quando existem feridas, encaminhamento para médico quando existam complicações; registo informático dos dados obtidos; visitas domiciliárias, quando se justifique.

O número de Consultas de Enfermagem da Diabetes por doente, realizadas por ano na USF, são no mínimo de quatro, conforme preconizado pela DGS e pelos indicadores da USF. O enfermeiro nas Consultas de Enfermagem da Diabetes, assume assim um papel fundamental nas acções de educação para a saúde, que só terá impacto quando se reconhecem os valores culturais, os saberes tradicionais e os conceitos de saúde do diabético/família. Neste contexto, lidar com a população alvo desta USF, pressupõe um conhecimento profundo e contextualizado, dos seus hábitos de vida e das suas etnias, que é preciso ter em conta em cada abordagem.

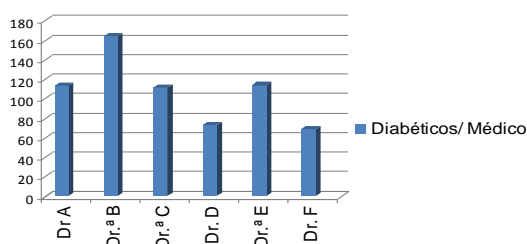
População Diabética da USF

Logo à partida foi necessário definir a população com que trabalhar. Citando Gil (1989, p.91), *“Universo ou população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características”*.

Foi escolhida a população com, *“Doença Crónica da Diabetes, inscrita na USF S. João Evangelista dos Lóios”* e que neste caso corresponde a **644** diabéticos; para Fortin (2009, p.69), *“a população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns”*.

Gráfico nº 2 – Distribuição dos utentes da USF, diabéticos e não diabéticos

Dos **10465** utentes da USF **6,15%** são diabéticos.

Gráfico nº 3 - Distribuição de diabéticos, por Médico

A distribuição dos **644** diabéticos da USF, por médico não é uniforme e varia de **73** diabéticos até **164** diabéticos por médico.

2.3 – A PROBLEMÁTICA

Foi solicitado pela enfermeira orientadora de estágio que “Implementasse a Consulta de Enfermagem do Pé Diabético”, que até então a observação dos Pés dos Diabéticos era uma actividade apenas realizada pelos médicos. Para além da actividade, se enquadrar na intenção de relevar o papel o papel do enfermeiro de saúde comunitária, o desafio justificava-se por si só, pela sua **pertinência**, (a observação do Pé dos diabéticos é uma avaliação primordial de prevenção de saúde, realizada pelo enfermeiro), e **relevância** consubstanciada no **nível nacional de percentagens de amputações Major e Minor**. Esta apreciação qualitativa inicial, será seguidamente aprofundada tendo por base a pesquisa bibliográfica, conjugada com **dados numéricos** – sobre o número de tratamentos ao Pé, nos anos de 2008, 2009 e 2010, disponibilizados pelos programadores do Vita-Care, (não se coloca em anexo para garantir o anonimato).

A Nível nacional:

Em Portugal, há **4 amputações por dia** em pessoas **com Diabetes** e cada doente custa em média, **1 543 euros** por ano, um custo que tem vindo a aumentar. Em 2009, representou um custo total de **1 500 milhões de euros a nível nacional**, (Observatório da Diabetes, 2010, p. 49).

A Nível da USF,

1 – Identificou-se um **aumento** consecutivo, do número de **tratamentos ao Pé** em doentes diabéticos em 2009 e 2010, face aos anos anteriores.

Nota: Não havendo qualquer tipo de dados, a nível de tratamentos dos pés diabéticos, solicitou-se ao Vita Care listagens de utentes de 2008, 2009 e 2010, e listagens de doentes que tivessem realizado tratamentos ao Pé, cruzou-se estes dados com as listagens de diabéticos por médico em cada ano e determinou-se o número de doentes diabéticos, que fizeram tratamentos ao Pé, na sala de tratamentos pela enfermagem da USF.

Quadro nº 4 – Distribuição do número de diabéticos, por ano e por médico, em tratamento ao Pé

Médico	2008		2009		2010	
	Nº de diabéticos	Nº de doentes em tratamento	Nº de diabéticos	Nº de doentes em tratamento	Nº de diabéticos	Nº de doentes em tratamento
A	60	1	113	8	113	11
B	147	5	168	17	164	21
C	83	3	117	7	114	9
D	25	0	99	4	111	7
E	58	1	70	3	69	3
F	36	0	62	2	73	3
Totais	409	10	629	41	644	54

Nota: Os dados de 2010, são apenas até ao mês de Maio, (Vita care, Maio 2010).

Da análise do Quadro anterior, verifica-se que **2,4%** de **diabéticos realizaram tratamentos ao Pé** em 2008, que este valor aumentou para **6,5%** em 2009, e que continuou a aumentar para **8,4%** até Maio de 2010. Assim, relativamente aos anos anteriores, houve um acréscimo de **+4,1%** em 2009, e de **+1,9 %** nos primeiros 5 meses de 2010.

2 – Identificou-se uma **tendência de aumento** consecutivo do número de **amputados** na USF, em 2009 e 2010, face aos anos anteriores.

Nota: Como não havia dados registados sobre amputações nos diabéticos, em Vita Care, decidiu-se aplicar um pequeno questionário anónimo (Anexo IV) às enfermeiras da USF, para obter dados numéricos baseados na experiência e percepção das enfermeiras, acerca do número de doentes amputados em 2008, 2009 e 2010. Desses resultados, com base no quadro de respostas, ao questionário (Anexo V), ainda que os dados não sejam rigorosos, (uma vez que partem da percepção das enfermeiras em relação ao que se recordam relativamente aos anos anteriormente referidos), destaco que: em 2008 cerca de 2 doentes fizeram amputações dos dedos dos pés, em 2009, cerca de 3 doentes fizeram amputações dos dedos dos pés, em 2010 (1º quadrimestre), cerca de 2 doentes fizeram amputações dos dedos dos pés.

Assim, da interpretação da informação supra, verifica-se que houve um acréscimo de **2** para **3** amputações, de **2008** para **2009** e depois até Maio de **2010**, já **2** diabéticos tinham feito amputações. A interpretação dos valores anteriores, alude à tendência de incremento do número de amputações dos dedos dos Pés, em 2010.

2.4 AMOSTRA

Tendo por referência que a temática a trabalhar é a Diabetes e dadas as limitações temporais e humanas, para o desígnio de recolha de informação e dados, foi seleccionada um amostra de tamanho compatível com a extensão dos dados a tratar, uma vez que não é viável alargar o estudo a toda a população diabética da USF. Para Gil (1989, p. 92), *“amostra é um subconjunto do universo ou da população”*.

A escolha da amostra centrou-se nos doentes da lista da enfermeira orientadora de estágio, que por sua vez trabalha em equipa, com um médico. Foi utilizado o tipo de amostragem não probabilística por conveniência. Citando Carmo e Ferreira (1998, p.197), *“as amostras não probabilísticas podem ser seleccionadas tendo como base critérios de escolha intencionalmente sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra”*. Na amostragem por conveniência citando Carmo e Ferreira (1998, p.197), *“utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários”*. Assim, estabeleceu-se o seguinte critério para a constituição da amostra **“Utentes Diabéticos, pertencentes à listagem de utentes da Consulta de um médico, que seguem a sua Diabetes na USF”**.

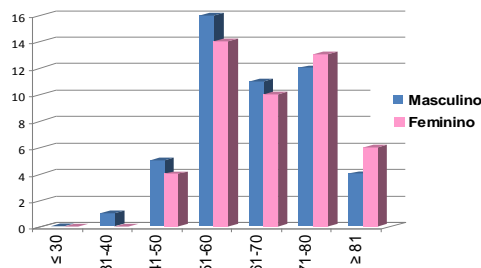
Dos **644** utentes diabéticos da USF, **113** pertencem à lista desse médico, ou seja **17,54%**. Aplicando à amostra, o critério - “seguem a sua Diabetes na USF”, ficam apenas **96** utentes ou seja **15,2%** da população diabética da USF, (**17** diabéticos da lista desse médico seguem a sua Diabetes noutras instituições, como APDP, Hospital Curry Cabral, entre outras). Dos **96** utentes, apenas **68** diabéticos são para contactar para a observação do Pé, pois considerou-se que os restantes **28** já tinham uma observação dos Pés realizada, pelo seu médico em 2010.

Para conseguir fazer a colheita de dados para caracterizar a amostra, foi utilizada uma estratégia de acção directa sobre os utentes, com base nas seguintes actividades:

- ◆ Contacto telefónicos para **96** diabéticos, para se conseguir obter dados para o preenchimento da tabela mestra (Anexo VI), de forma a caracterizar os diabéticos da amostra.
- ◆ Envio de cartas convocatórias aos **5** diabéticos, que não se conseguiram contactar via telefone, para comparecerem na USF. Não foi obtida qualquer resposta da parte desses doentes.

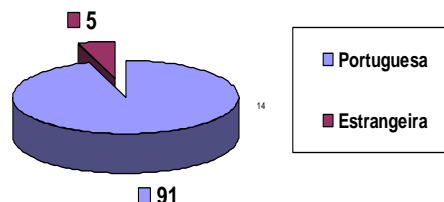
Depois da colheita de dados aos diabéticos da amostra, obteve-se um conjunto de informação que será seguidamente enquadrada.

Gráfico nº 4 - Distribuição dos diabéticos, por idade e por género



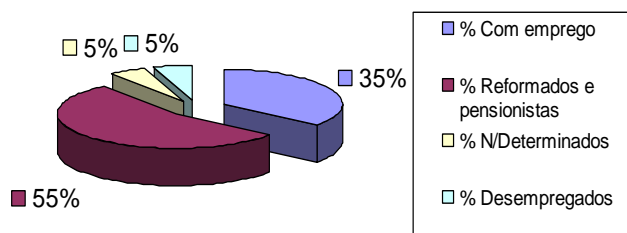
Como se pode observar, na USF há um grande **acréscimo** de diabéticos após os **40** anos, **intensificando-se** acima dos **51** anos, verificando-se assim uma relação directa entre a prevalência e o envelhecimento, distribuindo-se por ambos os sexos. A prevalência da DM “*aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos*”, (Observatório da Diabetes, 2010). Nesta **amostra não se observam grandes discrepâncias da doença**, entre homens e mulheres, **contrariamente** ao que se encontra a **nível Nacional**, em que existem mais homens do que mulheres diabéticas.

Gráfico nº 5 - Distribuição dos diabéticos, por nacionalidade



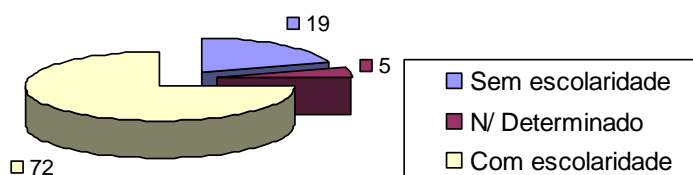
Os utentes da amostra são maioritariamente de nacionalidade Portuguesa, correspondendo a **94,8%**. Os diabéticos de nacionalidade estrangeira correspondem a uma pequena percentagem de **5,2%**, que também se justifica pelo reduzido número de estrangeiros residentes na freguesia de Marvila, que em 2001 representava apenas **2,49%** da população, (Santos, Estivil e Aires, 2007, 124p.), uma “*pequena percentagem provenientes das ex-colónias portuguesas*”, (GEBALIS, 2008, p.76).

Gráfico nº 6 - Percentagem de desemprego, nos diabéticos



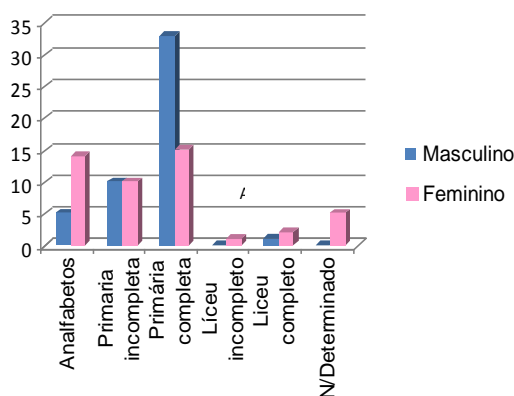
Pode observar-se que **55%** dos diabéticos são reformados ou pensionistas, **5%** ainda estão no activo, **35%** são desempregados e **5%** não foi possível determinar. A grande maioria encontra-se reformada, devido às suas idades estarem acima dos 60 anos. A taxa de desemprego de **35%** é superior à taxa de desemprego da freguesia de Marvila que é de **10,1%**, (Santos, Estivil e Aires, 2007, 124p.).

Gráfico nº 7 - Distribuição da Escolaridade, nos diabéticos



A distribuição da escolaridade dos diabéticos da amostra é de **5,2%** não determinado, **19,8%** sem escolaridade, e **75%** com escolaridade.

Gráfico nº 8 - Distribuição do nível de Escolaridade nos diabéticos, por género



A distribuição dos diabéticos, por nível de escolaridade e por género é a seguinte:

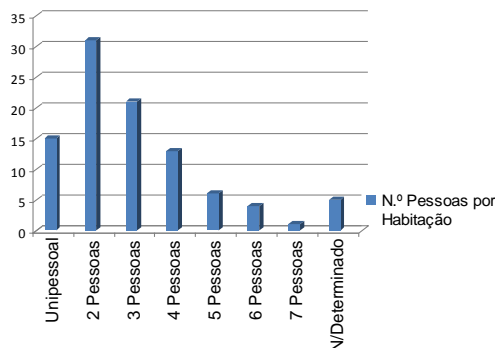
- Analfabetos - **5,2%** de homens e **10,4%** de mulheres,
- Primária incompleta – **10,4%** de homens e **10,4%** de mulheres,
- Primária completa – **34,3%** de homens e **15,6%** de mulheres,
- Liceu incompleto – **0%** de homens e **1,0%** de mulheres,
- Liceu completo – **1,0%** de homens e **5,2%** de mulheres,
- Não determinado – **0%** de homens e **5,2%** de mulheres.

Nota: Na nomenclatura actual o nível de escolaridade: Primária significa 1º Ciclo de Ensino Básico; e o Liceu significa Ensino Secundário.

Marvila é das freguesias “*com baixos níveis de qualificação (...) 27% de Marvila são analfabetos ou não possuem qualquer grau de ensino*”, (Santos, Estivil e Aires, 2007, p.124). Na USF a maior percentagem dos diabéticos é analfabeta cerca de **15,6%**, primária incompleta cerca de **20,8%**, e cerca de **49,9%** tem a Primária completa, identificando-se uma relação

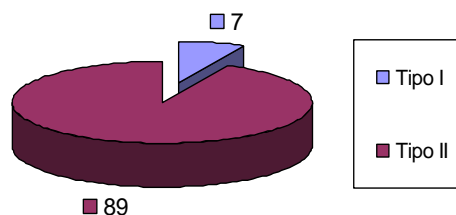
inversa, entre o nível de educação e a prevalência da Diabetes, “Quanto mais elevado o nível educacional, menor é a prevalência da Diabetes”, (Observatório da Diabetes, 2010, p.10).

Gráfico nº 9 - Distribuição dos diabéticos, por tipo de família



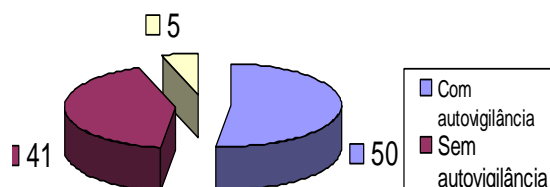
O tipo de família que se encontra na amostra, na sua grande maioria é constituído pelo casal, cerca de **32,3%**, as famílias unipessoais têm uma taxa de **15,6%**, que em comparação com a freguesia de Marvila corresponde também a **15,2%**. É de salientar que existe uma família que é constituída por 7 pessoas.

Gráfico nº 10- Distribuição dos diabéticos, por tipo de Diabetes



O tipo da Diabetes encontrada na amostra, é em grande maioria do tipo II, correspondendo a **92,7%**, a Diabetes tipo I é de apenas **7,3%**, que se enquadra nos valores a nível nacional, em que “a forma mais comum de apresentação da DM é a Diabetes do tipo 2, à qual correspondem cerca de 90 a 95% das situações de diabetes”, Duarte [et al.] (2002, p.46).

Gráfico nº 11 - Distribuição dos diabéticos, com auto-vigilância ao Pé



A distribuição dos diabéticos quanto à auto-vigilância dos pés, é a seguinte: **5,2%** não foi possível determinar; **42,7%** não faziam auto-vigilância; e **52,1%** referem fazer auto-vigilância. Do cruzamento de dados, obtido entre os diabéticos da amostra, da consulta do médico, e os dados enviados pelo Vita-Care (referentes aos anos de 2008 a 2010, dos doentes que fizeram tratamentos ao Pé, na sala de tratamentos da USF), apurou-se o seguinte: em 2008 - 1

diabético, ou seja **1,66%**; em 2009 - **8** diabéticos, ou seja **7,1%**; e em 2010 - **11** diabéticos, ou seja **9,7%**. Da interpretação destes dados, é possível **aferir que o aumento significativo do número de tratamentos ao Pé**, que passou de 1,66% em 2008 para 9,7% só no primeiro quadrimestre de 2010, alude à **urgência e premência de actuação ao nível da Prevenção Primária**. Se nada for feito, as tendências identificadas, apontam para que os valores de tratamentos continuem a aumentar.

Problemas Identificados

Logo nos primeiros dias de estágio, foram identificadas situações que se enquadravam no tema em estudo, pois verificou-se que aos utentes diabéticos não era efectuada a observação dos pés, pela equipe de enfermagem, com vista à prevenção de problemas *Minor* e *Major*. Um problema de investigação pode ser devido a uma preocupação em relação a uma situação que se pensa ser insatisfatória, ou a uma situação desejável em que se tenta modificar ou melhorar algo, (Fortin, 2009). Foi neste contexto, que foi efectuada um levantamento de problemas, ao nível dos utentes e ao nível da enfermagem, na USF S. João Evangelista dos Lóios.

Após uma fase de avaliação, foram identificados os seguintes problemas na USF:

◆ Ao nível dos utentes

1. Ausência de vigilância do Pé Diabético, nos utentes diabéticos, por parte da enfermagem.

Nota: **70,83%** (68 utentes), dos diabéticos da amostra da USF, sem uma única observação anual de pés.

2. Desvalorização dos cuidados ao Pé e auto-vigilância, por parte dos diabéticos em relação ao Pé Diabético.

Nota: Através de contactos telefónicos com os utentes da amostra, foi elaborada a tabela (Anexo VI), que permitiu verificar o seguinte: dos **96** diabéticos, apenas **50 (52,1%)** dizem fazer vigilância regular ao Pé; **41 (42,7%)** não faz qualquer tipo de vigilância ao Pé; e **5 (5,2%)** dos utentes não foi possível obter dados.

◆ Ao nível dos enfermeiros

Desmotivação da Equipe de Enfermagem, para a realização da Consulta da Diabetes.

Nota: A situação de falta de um enfermeiro na equipe e outro estar de atestado médico (há cerca de 2 meses), originou que a consulta de enfermagem da Diabetes só se realizasse quando possível. A desmotivação e cansaço da equipe, tem origem na sobrecarga de trabalho. Actualmente o seu desempenho, está orientado para situações mais práticas e de maior necessidade de tratamento, descurando assim a prevenção de possíveis complicações.

Meta a atingir, face aos objectivos: Promoção da Saúde e Prevenção do Pé Diabético, em 96 dos doentes com DM na USF.

Face á situação apresentada e Meta estabelecida, definiram-se os seguintes **Objectivos para a área de intervenção**:

1. Realizar 68 Consultas de Enfermagem da Diabetes com a observação do Pé, aos doentes da amostra
2. Incentivar os doentes diabéticos da amostra, a modificar os seus estilos de vida, com vista à melhoria da sua Qualidade de Vida, minimizando as possíveis complicações da Diabetes.
3. Incentivar os doentes diabéticos da amostra, a realizarem auto-vigilância dos Pés de uma forma sistemática, de forma a prevenir e retardar complicações *Minor e Major*.
4. Incentivar a Equipe de Enfermagem, a fazer as Consultas da Diabetes com observação do Pé, para uma melhoria de Qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a esta população e consequentemente prevenir complicações a médio e longo prazo.

2.5 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O primeiro módulo de estágio que teve lugar na USF, foi caracterizado essencialmente pela realização e desenvolvimento de actividades, com a finalidade de elaborar o Diagnóstico de Situação, para isso foi essencial: 1- conhecer a estrutura física e organizacional da USF S. João Evangelista dos Lóios, 2 - caracterizar a comunidade envolvente da USF, a USF e os doentes diabéticos da USF. Para além destas actividades, foram ainda desenvolvidas **outras actividades complementares** ao diagnóstico, designadamente:

◆ **Aprender a trabalhar com o Sistema informático Vita-Care.**

Formação necessária para garantir a obtenção de dados necessários, para poder efectuar registos de dados e observações realizadas nas consultas de enfermagem da Diabetes.

◆ **Pedido de observação de Consulta de Enfermagem do Pé Diabético**, (em local onde já se realizava esta consulta, nomeadamente na APDP).

Como nunca se observou a actuação da enfermagem numa consulta do Pé Diabético, quanto ao seu procedimento e funcionamento (possuindo somente conhecimentos teóricos, quer da pesquisa bibliográfica realizada, quer dos anos de experiência na área da Diabetes). No dia 28/04/2010 foi enviado um e-mail para a APDP ao cuidado do Director, com um pedido de realização de observação da consulta de enfermagem do Pé Diabético (Anexo VII), durante três dias, manifestando disponibilidade em termos de horário. Rapidamente foi recebida uma resposta positiva, para realizar a observação nos dias 12, 13 e 14 de Maio. Lamentavelmente, só foi possível assistir nos dias 12 e 14, pois no dia 13/05/2010 houve tolerância de ponto, em Lisboa.

Observação de consulta do Pé Diabético na APDP

Aqui foram obtidos conhecimentos ao nível do saber fazer, a experiência foi considerada de tal forma enriquecedora ao nível pessoal e profissional, que foi enviado um e-mail no dia 26 de Maio, ao cuidado do Sr. Director, para agradecer a prontidão de resposta, apoio e disponibilidade demonstrado pelas profissionais, enfermeiras e quiropodistas, elogiando o seu trabalho diário, (Anexo VIII). Logo no dia 07/06/2010 foi obtida resposta de agradecimento, em nome da APDP, (Anexo IX).

Tem sido preocupação da APDP servir de apoio às estruturas do SNS, pelo que na generalidade toda a pessoa com Diabetes referenciada é reenviada ao clínico geral após atingido o objectivo que motivou a sua vinda: aprendizagem de um programa alimentar, ensino do auto-controlo, ensino da auto-injecção, estabilização metabólica, tratamento de feridas ulceradas e outros. A Consulta da Diabetes é assegurada por uma equipa de médicos endocrinologistas, diabetologistas, pediatras, enfermeiras, nutricionistas, dietistas e psicólogos.

O utente ao dar entrada na APDP, referenciado ou enviado por outra instituição, faz a sua inscrição, onde fica logo marcado para fazer o circuito de primeira vez, que corresponde a passar pelas diferentes valências (Análises clínicas, cardiologia, nutricionista, oftalmologia; a consulta de Enfermagem de Rastreo do Pé, que pode encaminhar para o médico, quiropodistas e outras enfermeiras se necessário, caso haja tratamentos a fazer). Esta instituição mantém-se desde o seu início, com os mesmos valores e as mesmas linhas orientadoras, dando grande primazia e ênfase à sua acção de **Educação para a Saúde**. Neste âmbito, todas as sextas-feiras são convocados doentes para assistirem a uma sessão de ensino de “Como vigiar e cuidar dos meus pés”, ministrada por uma enfermeira de referência.

A interacção com a APDP, configurou uma mais valia importante no domínio do saber fazer, e que apesar da abrangência da sua acção/intervenção, permitiu orientar e delimitar caminhos e ajustar praticas conducentes com a finalidade do estágio.

♦ Avaliação de situação de formação da equipa de enfermagem da USF a nível de formação do Pé Diabético.

Foi realizada uma reunião informal, com as enfermeiras da USF, no dia 29 de Abril de 2010, para apurar do seu nível de formação do Pé Diabético.

Quadro nº 5 – Distribuição das enfermeiras, com formação em Pé Diabético

Enf. ^a A	Enf. ^a B	Enf. ^a C	Enf. ^a D	Enf. ^a E
Formação na APDP	Não tem formação	Não tem formação	Não tem formação	Formação na APDP

Obteve-se que duas enfermeiras têm conhecimento de como se realiza uma consulta e três enfermeiras não têm formação, logo o procedimento seguinte, procurou assegurar de uma forma individual, a formação de cariz prático às três colegas, respeitante à consulta do Pé Diabético.

♦ **Acção complementar de Formação à equipa de Enfermagem (através da prestação de consultas de Enfermagem da Diabetes, a doentes diabéticos, com observação do Pé).**

Foram realizadas **10** consultas, a diabéticos de outras listas médicas Assim à medida que se realizavam as consultas, sempre que possível, uma das três colegas assistia à consulta, para lhes ser explicado como proceder à pesquisa de sinais de risco e sintomas de Pé Diabético, pois a nível de registos o próprio Sistema Vita-Care, tem os itens que se devem avaliar, o problema estava em “como fazer”. Com a realização destas consultas, procedeu-se por um lado, aos ensinamentos e demonstrações às três enfermeiras que não tinham formação nessa área. E por outro lado, esta acção assegurou simultaneamente um maior contacto com a população, que permitiu entender melhor e mais rapidamente o meio social onde se insere. As colegas e utentes, aderiram muito bem

Como corolário destas acções, importa igualmente destacar que uma das estratégias utilizadas para convocação dos utentes, foi a elaboração de Cartas Convocatórias, para marcação de Consultas de Enfermagem, não obstante a eventual necessidade de contacto por esta via, estes modelos prévios não existiam. Assim, foram elaboradas duas Cartas Convocatórias, uma para a marcação da Consulta de Enfermagem da Diabetes (Anexos X), outra para a marcação de Consulta de Enfermagem do Pé Diabético (Anexos XI). A sua utilização, foi aprovada pelo Coordenador da USF. Face à iniciativa, foi posteriormente solicitado pelo Coordenador a elaboração de mais uma Carta Convocatória para a consulta de Hipertensão Arterial (Anexo XII), que foi rapidamente elaborada, entregue e também aprovada. Estas cartas ficaram na USF, tornando-se numa mais valia para o contacto entre enfermeiros e os utentes.

Síntese

Assim, procurando sintetizar os aspectos mais pertinentes da fase de diagnóstico de situação, cumpre referir os seguintes aspectos:

USF – apresenta condições físicas excelentes, no entanto debate-se com algumas limitações no que respeita a recursos humanos de enfermagem.

Problema – Foi identificado e seleccionado o problema de saúde do Pé Diabético.

Amostra – Foi seleccionado e caracterizado um grupo de diabéticos, que se caracteriza pela idade avançada e com tendência de agravamento contínuo da sua doença.

Competências adquiridas:

Procedeu à elaboração do diagnóstico de saúde de um grupo da comunidade

- ♦ Identificou problemas de saúde de um grupo de diabéticos

- ◆ Identificou necessidades em saúde do grupo de diabéticos
- ◆ Estabeleceu a causalidade dos problemas
- ◆ Utilizou indicadores epidemiológicos
- ◆ Sistematizou indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde

Estabeleceu prioridades de saúde, na sua actuação

Formulou objectivos e estratégias

Definiu objectivos mensuráveis, em termos da melhoria do estado de saúde do grupo.

- ◆ Concebeu estratégias de intervenção exequíveis.
- ◆ Promoveu a participação dos cidadãos e de diversos sectores da sociedade.
- ◆ Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde num grupo durante as consultas de enfermagem.

Concebeu instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica (elaboração da tabela mestra).

- ◆ Fornece antecipadamente orientações para a implementação dos diferentes programas de saúde.

3 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, NO ÂMBITO DA IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DO PÉ DIABÉTICO

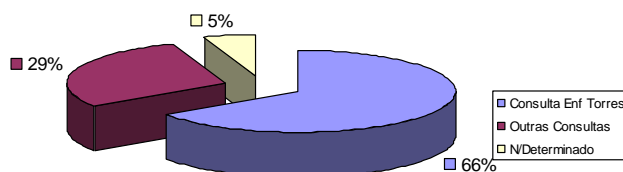
Neste capítulo serão descritas as actividades a desenvolver, as experiências e dificuldades sentidas no decorrer do estágio, num caminho traçado com vista ao cumprimento dos objectivos de implementação previamente definidos. Serão caracterizados os recursos utilizados, bem como efectuada a avaliação das actividades. Este estágio foi essencialmente caracterizado pelo desenvolvimento das actividades com vista à “**Promoção da Saúde na Diabetes e Prevenção do Pé Diabético, em utentes com doença crónica da Diabetes**”.

3.1 – AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DA DIABETES COM OBSERVAÇÃO DO PÉ

Depois de ter sido efectuada a pesquisa bibliográfica sobre a Diabetes e sobre o Pé Diabético e já ter observado *in loco*, como se realizavam as consultas do Pé na APDP, foram **realizadas Consultas de Enfermagem da Diabetes, incluindo a observação do Pé**, com todo o tipo de pesquisa de sinais de risco e sintomas do Pé Diabético.

Para a realização das consultas foi necessário contactar individualmente os utentes, por telefone, e marcada consulta directamente no sistema Vita Care, agendando dia e hora, consoante as disponibilidades, quer dos utentes quer do profissional, para a realização da consulta. Aos doentes que não foi possível o contacto telefónico, foram enviadas cartas.

Gráfico nº 12 - Consultas de enfermagem da Diabetes, realizadas pela enfermeira



Da amostra de **96** diabéticos, **28** já tinham a consulta realizada pelo médico, **5** não foi possível contactar, tendo sido realizadas apenas **63** consultas da Diabetes com observação do Pé. Deste modo, pretendeu-se que a detecção precoce de sinais e sintomas de possíveis complicações, no final de 2010, assegura-se que todos os doentes da lista do médico escolhido, ficavam com pelo menos uma observação anual do Pé nesse ano. Na consulta avaliou-se: o peso; altura; IMC; TA; glicemia capilar; HbA1c; ao nível da observação do pé

utilizou-se o monofilamento de Semmes-Weinstein para pesquisar a sensibilidade de pressão; a compressa para pesquisar a sensibilidade táctil; o diapasão para a sensibilidade vibratória; o frio e o morno para a sensibilidade térmica. Complementadas com outro tipo de observações: às unhas (limpas, sujas, finas, queratosas, ou com fungos); à coloração do Pé (cianótico, pálido ou rosado); à temperatura do Pé (quente, morno ou frio); aos pelos (ausentes, presentes); o doppler para pesquisa dos pulsos pediosos e tíbio-társicos (débil, cheio, filiforme e rítmico), em relação a cada Pé. Em vez de palpar apenas os pulsos, utilizou-se a estratégia de uso do doppler, para os doentes poderem ter a noção da sua situação real, de poderem “ouvir” a sua própria circulação, explicando sempre o procedimento. Esta foi uma forma de tentar consciencializar o diabético, da sua situação real, em relação à sua circulação arterial, depois de tudo devidamente pesquisado, era registado no Sistema Vita-Care. Durante as consultas realizadas foi-se obtendo dados para realizar o preenchimento da tabela mestra, que permitiu a colheita de dados e quantificação do número de diabéticos com **baixo, médio e alto risco de ulceração**, conforme preconizado na Circular Normativa nº 5/PNPCD de 22/03/2010, em vigor na altura.

As consultas efectuadas, eram sempre realizadas ao utente e família/acompanhante, com ensinamentos individualizados e personalizados (de acordo com a idade e necessidades sentidas), ajustados ao utente diabético: relativamente à alimentação; à actividade física; explicação da importância da medicação e do controlo glicémico regular; explicação dos sinais de risco e sintomas de alarme do Pé diabético, bem como os cuidados ao nível das meias e do calçado. Como a grande maioria de diabéticos se situa numa faixa etária mais envelhecida, por vezes era necessário capacitar os familiares e/ou acompanhantes, quer por dificuldades de aprendizagem ou mesmo de diminuição das capacidades do utente, quer de visão (devido à retinopatia, o idoso diabético por vezes não consegue fazer uma boa observação dos seus pés), quer de mobilidade, para realizar a vigilância aos pés e a detecção precoce de eventuais lesões, os cuidados com as meias e calçado constituem elementos imprescindíveis na prevenção das lesões.

O enfermeiro tem o papel de ajudar a pessoa a definir a sua saúde, e o seu nível de bem-estar, para deste modo estabelecer com os utentes intervenções, no sentido de manter ou melhorar a sua qualidade de vida. As intervenções em enfermagem são a essência do acto de cuidar. Para Collière (1989, p.235), *“Cuidar prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita e actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar...”*.

A essência do trabalho de Enfermagem é o cuidar do utente, através da promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, com utilização dos saberes que conferem uma aptidão para ajudar utentes, famílias ou comunidade. O verdadeiro acto de cuidar do

enfermeiro, funciona com metodologia própria, numa equipa pluridisciplinar, de modo a contribuir para o estabelecimento e bem-estar do indivíduo.

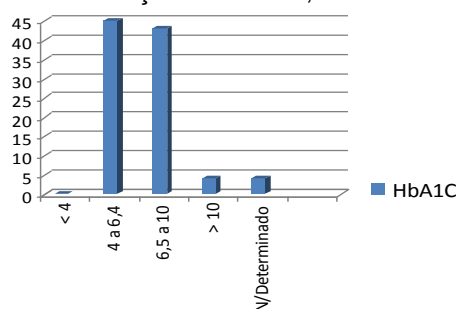
Nestas consultas nunca foi descurada a comunicação, pois considera-se ser um ponto forte da enfermagem. A comunicação é muito importante em todo o acto do Cuidar, para se conseguir chegar ao doente e este aceitar e confiar na enfermagem. É igualmente importante a comunicação assertiva e empática com os seus acompanhantes ou familiares, para esclarecer dúvidas e mostrar a importância do diabético ser ajudado pela família, na sua doença crónica.

Quando os utentes apresentavam um **grau de risco médio e alto**, do Pé, era informado o médico, registado em observações e agendada nova consulta, para nova vigilância do Pé. Quando houve a necessidade de intervenção de enfermagem para a realização de algum tipo de tratamento, esta foi efectuada, tendo sido retiradas calosidades a 10 dos diabéticos, e encaminhados 6 diabéticos com pequenas úlceras no Pé, para a Sala de Tratamentos, para realização de pensos que não estavam a ser realizados. Quando havia necessidade de observação médica era solicitada a presença do médico na consulta de enfermagem.

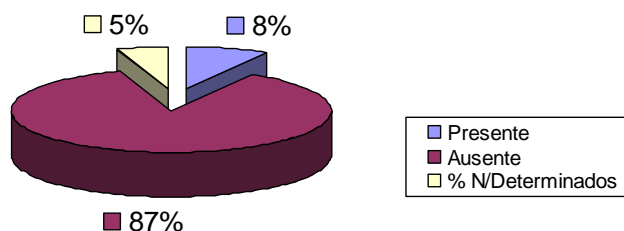
No final da consulta e quando necessário, era fornecida informação complementar, em panfletos especialmente preparados para esse fim. Um desses panfletos distribuídos era alusivo ao tema “Os Meus Pés”, (Anexo XIII).

Depois das consultas de enfermagem realizadas, obteve-se na amostra:

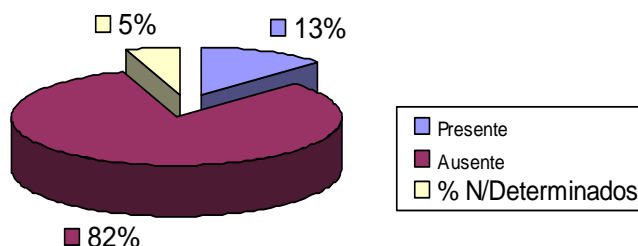
Gráfico nº 13 – Distribuição da HbA1c, nos diabéticos



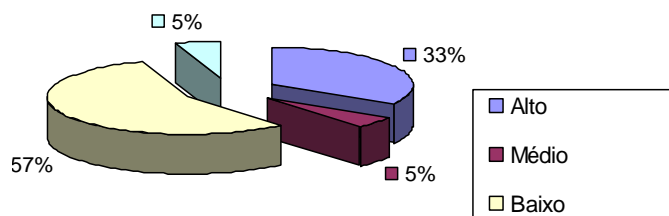
Pode-se observar que dos diabéticos da amostra, **46,87%** apresentam uma HbA1c controlada, **44,79%** apresentam uma HbA1c elevada (com valores entre os 6,5 a 10) e **4,16%** dos diabéticos apresentam uma HbA1c acima de 10 e **4,16%** não foi possível apurar. Desta análise evidencia-se, que cerca de metade dos Diabéticos falha em algum dos factores da tríade, ou faz uma má alimentação, ou não faz a terapêutica correcta, ou não faz actividade física, ou ainda poderá ser a junção de vários factores.

Gráfico nº 14 - Percentagem diabéticos, com Isquémia

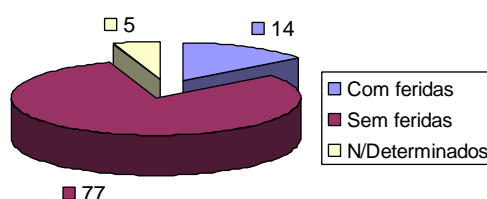
Do número de diabéticos na amostra, **8** apresentam isquémia dos membros inferiores, **83** não apresentam sinais de isquémia e **5** não foi possível observar.

Gráfico nº 15 - Percentagem de diabéticos, com Neuropatia

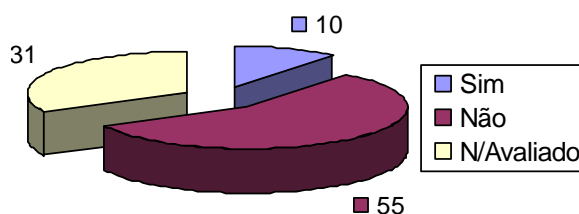
Na amostra, **79** utentes diabéticos não apresentam neuropatia, **12** têm neuropatia diabética e **5** não foi possível avaliar.

Gráfico nº 16 - Estratificação percentual nos diabéticos, do Risco de Ulceração

Obteve-se que **32** utentes diabéticos apresentam grau de ulceração de **risco alto**, **5** com grau de ulceração de **risco médio**, **54** com grau de ulceração de **risco baixo** e **5** não foi possível avaliar. Devido à úlcera nos diabéticos, ser preditiva de amputação, deduz-se que 32 diabéticos se encontram em risco de possível amputação.

Gráfico nº 17 – Distribuição de Diabéticos, com feridas nos Pés

Observa-se que **80,20%** da amostra não apresenta feridas nos Pés, **14,58%** apresenta feridas, e **5,20%** não foi possível avaliar. Da observação, resultou que 5 Diabéticos iniciaram tratamentos aos Pés por ulceração, pois as suas feridas não estavam ser valorizadas pelos Diabéticos.

Gráfico nº 18 – Distribuição de Diabéticos com calosidades

Da observação nas consultas resultou que **57,29%**, não apresentavam calosidades acentuadas, mas **10,4%**, tinham calosidades, **32,29%** não teve avaliação.

Ao serem observados **32** utentes com grau de risco Alto, não referenciados, pode-se afirmar que houve ganhos de prevenção, ao nível do pé Diabético, minimizando ou retardando complicações possíveis, e encaminhando estes doentes para nova observação do Pé. Havia **5** diabéticos que tinham feridas ulceradas e não estavam a ser tratadas, foram encaminhados para a sala de tratamentos, *“alguns estudos epidemiológicos mostram que a úlcera de pé precede 85% das amputações nos diabéticos”*, (Duarte [et al.], 2002, p.369). Quanto aos **10** doentes encontrados com calosidades, também é de valorizar, pois sabe-se que, a ulceração ocorre frequentemente no calo, este é preditivo de uma úlcera à posteriori. Para Duarte [et al.] (2002, p.371), *“estudos prospectivos mostram que 28% dos pés neuropáticos com aumento de pressões ulceram em 2,5 anos”*.

Da amostra, foram realizadas **63** consultas a diabéticos, ficaram por realizar **5** consultas em virtude do insucesso nas diversas tentativas de contacto (pelo telefone, por carta, e por fim através da realização de domicílios) a estes **5** utentes, que foram os únicos diabéticos da amostra, a que não foi possível realizar uma observação do Pé. Os restantes **28**, já tinham uma avaliação do Pé feita pelo médico. No final do estágio, foram observados **65,6%** dos diabéticos da amostra, de forma a deixar todos os diabéticos da amostra, com uma observação do Pé registada, no ano de 2010.

Recursos

Na realização das consultas, utilizaram-se como **recursos físicos**, a sala de Enfermagem de Doentes Crónicos, da USF. Quanto aos **recursos materiais**, utilizara-se os disponíveis na sala, foi apenas necessário preparar uma mesa de apoio com o diapasão, compressas, fita métrica, glucómetro, fitas de glicemia, esfigmomanómetro, aparelho de medição de HbA1c. Foi apenas necessário juntar ao material, um doppller, já existente no serviço e adquirir monofilamentos de Semmes-Weinstein, tendo sido obtidos doze, (por intermédio dos DIM que normalmente colaboram com a USF). Na sala havia ainda balança, computador, impressora, secretária, marquesa, telefone e três cadeiras. Os **recursos humanos** envolveram as enfermeiras, o médico, os diabéticos e acompanhantes, o DIM e os administrativos.

Indicadores

De um total de **96** diabéticos, da lista de um médico de família:

- ◆ Nº de consultas realizadas – **63**
- ◆ Nº de diabéticos com observação do Pé, no ano de 2010 – **91**
- ◆ Nº de diabéticos sem observação do Pé, no ano de 2010 - **5**
- ◆ Nº de diabéticos com nível de ulceração de **Baixo risco** - **54**
- ◆ Nº de diabéticos com nível de ulceração de **Médio risco** - **5**
- ◆ Nº de diabéticos com nível de ulceração de **Alto risco** – **32**
- ◆ Nº de diabéticos com calosidades – **10**
- ◆ Nº de diabéticos com feridas nos pés - **14**
- ◆ Nº de diabéticos a realizar tratamento ao Pé, antes da realização das consultas – **9**.
- ◆ Nº de diabéticos a realizar tratamento ao Pé, depois da realização das consultas – **14**

Avaliação

Obteve-se a seguinte avaliação numa amostra de **96** utentes:

- ◆ **33,3%** diabéticos apresentam grau de **risco alto**, **5,2%** grau de **risco médio**, **56,3%** grau de **risco baixo** e **5,2%** não foram observados.
- ◆ **5,20%** diabéticos, tinham feridas nos pés, que não estavam a ser tratadas.
- ◆ **10,41%** diabéticos, tinham calosidades acentuadas, que foram tratados.

A adesão dos utentes e família às consultas, às orientações e aconselhamentos ministrados, foi bastante elevada. Estavam motivados para algumas mudanças, e sentiram por parte da Enfermagem, disponibilidade para os acolher e capacidade para lhes dar o apoio necessário. Estas ilações decorrem de indicadores objectivos, respeitantes à elevada taxa de adesão às consultas (93% de adesão, Anexo VI), e da sua motivação e disponibilidade para as actividades subsequentes.

Quanto às competências adquiridas, relevam-se as seguintes:

- ◆ Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos, atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas da políticas de saúde;
- ◆ Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos;
- ◆ Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades;
- ◆ Demonstra conhecimentos de técnicas de comunicação.

3.2 – SESSÃO DE ENSINO DE GRUPO, “DIABETES/PÉ... SABER MAIS...”

Num quadro de **actividades de educação para a saúde**, foi apresentada à enfermeira Orientadora, uma proposta de realização de uma sessão de ensino em grupo para os utentes

diabéticos. Após aprovação, foi agendado um dia, hora e local de apresentação. Elaborou-se ainda, um Plano da Sessão para a apresentação “Diabetes/Pé...Saber Mais...”, que foi entregue à Enfermeira Orientadora e ao Coordenador para conhecimento do seu conteúdo, (Anexo XIV).

Foi utilizada para este fim, uma estratégia de contacto directo, via telefone a **20** utentes da amostra, convidando-os a participar numa sessão de ensino subordinada ao tema “Diabetes/Pé...Saber Mais...”, no dia 05/11/2010 pelas 15 horas. Complementarmente foi preparado e afixado na sala de espera dos utentes da USF, um cartaz informativo (Anexo XV), sobre dia, hora e local da sessão, para a realização do ensino, aberto a todos os utentes.

Nesta sessão, compareceram **14** utentes, a metodologia utilizada foi o método expositivo apoiado numa apresentação em PowerPoint, e participativo pois contou com intervenção intensa dos doentes. O entusiasmo foi tal, que a sessão estava planeada para 45 minutos, mas tornou-se mais extensa, com a partilha de experiências e de dúvidas, no total demorou 1h15. No final da apresentação foram exibidos materiais necessários aos cuidados dos Pés (adequados e não adequados) e distribuído o tripartido “Os Meus Pés”. Esta sessão de ensino contribuiu para a capacitação dos diabéticos no cuidado dos Pés, esclarecimento de dúvidas, e por outro lado, forneceu-lhes informações preciosas sobre o tema em questão. O material de suporte informático em PowerPoint (Anexo XVI), “Diabetes/Pé... Saber Mais...”, foi entregue à enfermeira orientadora para futuras sessões de ensino a realizar na USF. No final da sessão, foi aplicado um questionário anónimo (Anexo XVII) a todos os participantes, para avaliação da sessão realizada.

Recursos

A nível do **recurso físico** foi utilizada a Sala de Reuniões, ao nível dos **recursos materiais**, foram utilizados recursos disponíveis na USF tais como: cadeiras; mesa; papel e impressora; canetas; Data-show. Foi também necessário, um computador e todo o material para demonstração e esclarecimentos, tais como: meias brancas; pó talco; creme hidratante; saco de água quente; sabonete de glicerina; limas de cartão; lixa de pés; tesoura e corta unhas; calicidas em creme. Os **recursos humanos** incluíram a enfermeira, a orientadora e os diabéticos.

Indicadores

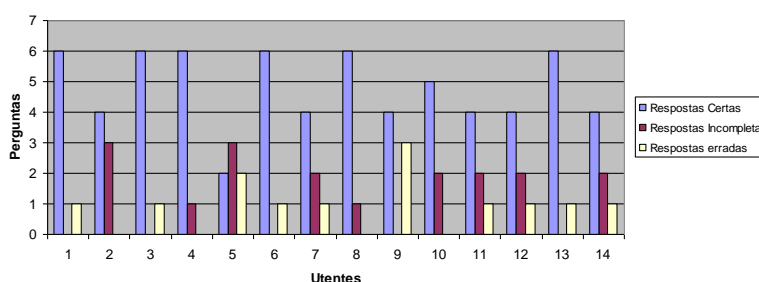
- ◆ N^o de diabéticos que participaram na sessão de ensino - **14**
- ◆ N^o médio de respostas certas, no questionário – **5 (em 7)**
- ◆ N^o médio de respostas incompletas, no questionário – **1 (em 7)**
- ◆ N^o médio de respostas erradas, no questionário – **1 (em 7)**
- ◆ Percentagem de aumento da valorização da auto-vigilância ao Pé, após ensino – **93%**

Quadro nº 6 - Respostas ao questionário de avaliação, por utente

Utente	Respostas Certas	Respostas Incompletas	Respostas erradas	> Valorização da auto-vigilância após ensino	Aproveitamento (0 a 20 valores)
1	6	0	1	S	17
2	4	3	0	S	16
3	6	0	1	S	17
4	6	1	0	S	19
5	2	3	2	S	10
6	6	0	1	S	17
7	4	2	1	S	14
8	6	1	0	S	19
9	4	0	3	N	11
10	5	2	0	S	17
11	4	2	1	S	14
12	4	2	1	S	14
13	6	0	1	S	17
14	4	2	1	S	14
Média	5	1	1	93% Sim	16

O questionário aplicado, teve dois objectivos, um primeiro de validação da sessão e um segundo, motivacional – procurando verificar se os utentes tinham compreendido a importância de efectuarem a auto-vigilância do seus pés, bem como demonstrar-lhes que são capazes e que vale a pena aprender. Assim, centraram-se as questões e a avaliação da sessão em aspectos de cariz prático de capacitação e de responsabilização dos utentes para a monitorização de valores glicémicos e observação dos seus pés. As questões apresentadas constituem o Anexo XVII. Dos 14 questionários, obtivemos 98 respostas, das quais: 67 respostas estão certas, 18 incompletas e 13 erradas, correspondente a uma média de aproveitamento de 16 valores.

Gráfico nº 19 - Avaliação da Sessão de Ensino



Da análise do gráfico, verifica-se que a grande maioria dos utentes, responderam acertadamente às perguntas do questionário.

Avaliação

Da actividade de ensino, verifica-se para os 14 participantes, uma média de 5 respostas certas, de 1 respostas incompletas e de 1 resposta errada, relativas a uma média de aproveitamento de 16 valores, entre os limites mínimo e máximo de 10 e de 19 valores. Logo se deduz que as informações fornecidas foram bem assimiladas.

A realização das sessões em grupo, permitem demonstrar a capacidade pedagógica da enfermeira, e em simultâneo possibilitam uma grande partilha de diferentes experiências entre os doentes, permitindo poupar tempo de informação e seleccionar os utentes que devem estar presentes.

Consideram-se adquiridas as seguintes competências:

- ◆ Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos.
- ◆ Demonstra conhecimentos de técnicas de comunicação.
- ◆ Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos programas de saúde.

3.3 – O PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO, DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PÉ DIABÉTICO

O planeamento para a realização de um Protocolo de Actuação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, seguiu os seguintes passos: inicialmente o assunto foi analisado com a orientadora e idealizada uma estrutura; seguidamente foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática; por fim, foi elaborado o Protocolo, (Anexo XVIII), que para além de constituir um instrumento de apoio e orientação para a consulta, ficou disponível no serviço para utilização futura pela equipa de enfermagem. Para Tavares (1990, p. 150), *“Pode ser necessária uma estratégia de apoio, como por exemplo a criação de um sistema de informação específico, ao projecto que se pretende implementar”*.

A elaboração deste Protocolo, intenta sistematizar e normalizar uma ferramenta de trabalho para dirigir a actuação da equipa de enfermagem no seu procedimento perante a consulta em estudo. Este documento, orienta entre outros aspectos, os itens a valorizar na realização do diagnóstico, a avaliação do nível de risco de ulceração, os procedimentos de encaminhamento e ensinios diversos. Igualmente, integra um conjunto de aspectos técnicos retirados da experiência pessoal e mas teve por base as Directivas e Normas em relação ao Pé Diabético, incluídas na Circular Normativa nº5/DGS/PNPCD de 22 de Março de 2010. Esta norma foi entretanto anulada pela Norma 5 de 21/01/2011, actualmente em vigor. A estratégia de elaboração e manutenção do Protocolo na USF, configura uma mais valia para o serviço, servindo para o esclarecimento de dúvidas na actuação da enfermeira, e para uniformizar os procedimentos na Consulta. Para Duarte [et al.] (2002, p.412), *“A equipa deve actuar de uma forma ordenada, harmónica, sempre com a mesma linguagem, o que exige um trabalho prévio de preparação e de formação”*.

Depois de validado pela orientadora, foi submetido à aprovação do Conselho Técnico da USF, o pedido de autorização por carta (Anexo XIX), para Implementação do Protocolo na Consulta

de Enfermagem do Pé Diabético na USF. Foi realizada uma Carta informativa dirigida ao Coordenador da USF (Anexo XX), sobre o pedido de autorização ao Conselho técnico.

Depois da aprovação do Protocolo, foi elaborado um cartaz informativo para a sua apresentação (Anexo XXI), à equipe de enfermagem e médica, com marcação de dia, hora e local (afixado no quadro informativo para o pessoal de saúde). Foi também elaborado um Plano da Sessão da apresentação do Protocolo (Anexo XXII), que foi entregue, à Enfermeira Orientadora e ao Coordenador para conhecimento do seu conteúdo. Assim, a apresentação formal à equipe de Enfermagem e à equipe Médica, teve lugar na sala de reuniões da USF em 12/11/2010 às 15 horas, utilizando a metodologia de apresentação em PowerPoint (Anexo XXIII). A sessão teve uma adesão de 100% (6 médicos e cinco enfermeiras). No final, foram esclarecidas algumas dúvidas, os assistentes, mostraram aceitação e agrado por ficar mais uma “ferramenta no serviço”. A Enfermeira Orientadora e o Coordenador elogiaram o trabalho realizado.

Consideram-se adquiridas as seguintes competências:

- ◆ Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação de informação através de protocolo e ferramentas de informação e divulgação.
- ◆ Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos.

3.4 – ACTIVIDADE DE RUA, “MELHOR QUALIDADE DE VIDA, NA DIABETES”

Num plano de intenção de desenvolvimento de um processo comunitário de Saúde, inovador, mobilizador e de promoção da capacitação do grupo, foi comunicado à enfermeira orientadora o propósito de realizar uma actividade ao ar livre com os utentes diabéticos, que foi imediatamente aceite. Esta actividade tinha como fundamento, mobilizar os diabéticos para os colocar a “mexer”, pois sabe-se que a ausência de actividade física regular leva ao sedentarismo, que em conjunto com uma alimentação errada, configura um dos factores predisponentes para uma serie de doenças crónicas não transmissíveis, onde se incluem as doenças Cardiovasculares e a Diabetes. É do conhecimento geral que *“a prática de exercício físico de modo regular é uma das medidas preventivas do desenvolvimento da Diabetes tipo 2”*, Duarte [et al.] (2002, p.89), motivo pelo qual se planeou esta actividade, de forma a incentivar os diabéticos, a modificarem os seus estilos de vida, bem como os seus padrões comportamentais,

No decurso do planeamento da actividade, foram tidos em consideração vários aspectos:

- Participação predominante de idosos – que acarretava a necessidade de colaboração especializada (professora de ginástica com experiência na área da Diabetes, que realiza várias sessões de ginástica, na APDP), e muito bom senso nos exercícios a praticar; obteve-se o telemóvel da Professora, para avaliar da possibilidade de realização da Actividade de Rua, com a sua orientação.
- Identificação e agendamento da actividade - dia 9/11/2010 pelas 16 horas, com ponto de encontro na USF;
- Local para realização da actividade – preferencialmente, na Praça Central junto da USF; Em alternativa, assegurar um segundo plano, em área coberta, caso as condições atmosféricas não permitissem a sua realização ao ar livre.

Para a obtenção do espaço coberto, foram efectuadas as seguintes diligencias: após marcação prévia, realizou-se uma reunião com a Coordenadora do “Espaço Sénior” da SCML, na esperança que cedessem um espaço coberto para a realização da Actividade física, mas tal não foi possível; De imediato, abordou-se a Junta de freguesia de Marvila, para solicitar a cedência do Pavilhão Desportivo Coberto dos Lóios, que também não foi possível; Seguidamente, contactou-se a Coordenadora da Associação “Tempos de Mudar” (infantário), para saber se havia possibilidade de cedência do espaço coberto. A resposta foi positiva, mas mediante um pagamento de 35 euros, por 3 horas. Assim, deu-se início a uma negociação no sentido de não se efectuar pagamento mas havendo a possibilidade de participação, dos avós ou pais das crianças, tendo a proposta sido aceite. Foi formalizado o pedido por escrito à Direcção da Associação, e dois dias mais tarde foi comunicado que o espaço estava à disposição.

Com esta fase ultrapassada, foram iniciados os contactos telefónicos aos diabéticos, para os convidar a estarem presentes na Actividade de Rua (foram contactados 20 diabéticos da amostra e obteve-se a confirmação de 18). Esta acção foi complementada, com a elaboração de um cartaz, para divulgação da Actividade (Anexo XXIV) e possível inscrição, sendo um colocado na Associação “Tempos de Mudar” e outro na Sala de espera da USF. Obteve-se uma inscrição na Associação e outra na USF. De seguida foi contactado um Delegado de Informação Médica (DIM) da área da Diabetes, no sentido de patrocinar o lanche dos diabéticos.

A Actividade decorreu, no dia 19 de Novembro, num dia muito ventoso e alternando com períodos de chuva intensa. Dos 18 diabéticos confirmados apenas compareceram 9, mais duas utentes (não diabéticas), que se inscreveram (uma da USF, outra da Associação referida), num total de 11 utentes. A actividade teve início pelas 16 horas, dentro da USF, começando pelas apresentações individuais dos utentes, da professora e da enfermeira. Foram distribuídas t-shirts e tiradas fotos durante toda a actividade. Foi solicitado verbalmente aos utentes, autorização para a divulgação das suas fotos, tendo estes concordado. De seguida foi feita a avaliação inicial dos valores glicémicos aos utentes, e registados pela enfermeira.

Em virtude das condições climáticas atenuarem, o grupo dirigiu-se para a Praça Central, junto da USF, não sendo necessário utilizar o espaço cedido pela Associação “Tempos de Mudar”, dando-se início à actividade física que durou 2 horas (até às 18h45). O relaxamento muscular com os devidos alongamentos, decorreu já no interior da USF. Nesta fase foi efectuada, nova avaliação dos valores glicémicos de cada utente. Seguida de um lanche, composto por: uma maçã, dois pacotes de bolachas de água e sal e um pacote de 250 ml de leite.

Seguidamente, procedeu-se à comparação dos resultados, explicando o porquê dos valores, provou-se que o exercício físico tem um papel primordial na própria terapêutica da Diabetes, contribuindo assim para um melhor controlo metabólico. A actividade culminou, com o esclarecimento de dúvidas, o reforço dos ensinamentos sobre a alimentação, a actividade física e do Pé Diabético. A Actividade de Rua, terminou pelas 19h30, com a entrega de Certificado de Participação a cada utente, elaborados pela enfermeira, (Anexo XXV).

No final todos os utentes referiram ter gostado da participação e agradeceram a disponibilidade da enfermeira. Cinco dos utentes referiram que a partir daquele dia, “fizesse chuva ou sol”, haveriam de fazer sempre uma caminhada diária de 30 minutos a 1 hora. Para Nola Pender, as pessoas são mais susceptíveis de se comprometer e de se envolverem em comportamentos promotores de saúde, quando ocorre da parte de outrem o apoio e assistência. (Health Promotion Model, 2011).

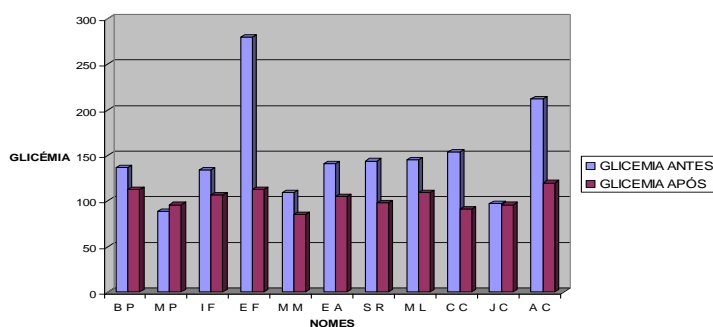
Este encontro entre diabéticos, permitiu para além da troca de experiências de uma forma informal, estimular os diabéticos a realizarem actividade física e desta forma compreender a necessidade de fazer regularmente exercício físico, que podem ser apenas uma caminhada; dependendo da sua capacidade pessoal, e assim alterar a sua saúde e os seus valores glicémicos, contribuindo desta forma para a auto-responsabilização, para a própria Promoção de Saúde e conseqüentemente uma melhor Qualidade de Vida no seu Bem-Estar individual e familiar, para Duarte (2002, p. 89), *“a prática regular de exercício físico conduz progressivamente, a uma sensação de bem estar físico e, também, a um bem estar psíquico”*. É necessário educar o diabético na adopção de estilos de vida saudáveis. Os benefícios associados ao exercício físico e à actividade física, contribuem para um estilo de vida mais autónomo, melhorando bastante a capacidade funcional, a saúde e a Qualidade de Vida das pessoas, (WHO, 2002). A OMS estima que 60% a 85% da população mundial não pratica actividade física suficiente, (WHO, 2002). Então a Promoção de hábitos saudáveis, incluindo a prática de exercício físico regular, contribui para a saúde dos indivíduos e para a Qualidade de Vida. Estudos realizados em diferentes regiões do mundo, comprovam que a actividade física regular, pode reduzir em 50% o risco de desenvolvimento da Diabetes tipo II, (WHO, 2002). Assim a necessidade de Promoção de estilos de vida saudáveis, tornam-se num desafio e numa necessidade premente para as populações, (Sampaio, 2007).

Recursos

Os **recursos físicos**, foram a própria USF, e a Praça Central. Os **recursos materiais** incluíram, glucómetros, fitas de glicemia, o lanche fornecido aos diabéticos, t-shirt, máquina fotográfica, impressora, computador. Quanto aos **recursos financeiros**, foi necessário apoio para a aquisição do lanche dos utentes. Os **recursos humanos** utilizados foram: a enfermeira, a professora, os utentes, o DIM e todas as pessoas, com quem se contactou para se conseguir a obtenção de um espaço coberto.

Indicadores

- ◆ Nº de utentes diabéticos **9**
- ◆ Nº total de utentes **11**
- ◆ Nº de utentes com valores glicémicos > **200**, antes do exercício. **2**
- ◆ Nº de utentes com valores glicémicos entre **150 a 200**, antes do exercício. **1**
- ◆ Nº de utentes com valores glicémicos entre **100 a 149**, antes do exercício. **6**
- ◆ Nº de utentes com valores glicémicos entre < **100**, antes do exercício. **2**
- ◆ Nº de utentes com valores glicémicos > **200**, depois do exercício. **0**
- ◆ Nº de utentes com valores glicémicos entre **150 a 200**, depois do exercício. **0**
- ◆ Nº de utente com valores glicémicos entre **100 a 149**, depois do exercício. **6**
- ◆ Nº de utentes com valores glicémicos entre < **100**, depois do exercício. **5**

Gráfico nº 20 - Distribuição dos valores glicémicos, nos diabéticos, com a actividade física

Verifica-se uma descida dos valores glicémicos dos diabéticos, após duas horas de exercício. Dos 11 utentes, 5 são homens e 4 são mulheres com Diabetes tipo II e fazem ADO; 2 utentes não são diabéticos. Observou-se que após a actividade física dos nove diabéticos, todos apresentaram descida da glicemia. Das duas utentes não diabéticas, uma teve uma ligeira diminuição e a outra utente teve um pequeno aumento, que se justifica porque o organismo, numa situação normal, tenta compensar os gastos de glicose, com recursos a reservas acumuladas nos músculos.

Avaliação

Em **média** houve uma descida de **57,22** mg/dl nos valores glicémicos dos utentes diabéticos. Os resultados glicémicos obtidos após a actividade, espelham uma melhoria notável nos seus valores, reflectindo desta forma uma boa prática para a prevenção e controlo da Diabetes, com ganhos de saúde evidentes para os utentes.

Resultado

Antes do exercício:

- ◆ utentes com valores superiores a 200 - **18,1%**
- ◆ utentes, com valores entre 150 e 200 - **9,1%**
- ◆ utentes, com valores entre 100 a 149 - **54,5%**
- ◆ utentes com valores inferiores a 100 - **18,1%**

Depois do exercício, todas as glicemias desceram abaixo de **150 mg/dl**.

- ◆ utentes com valores superiores a 200 - **0%**
- ◆ utentes, com valores entre 150 e 200 - **0%**
- ◆ utentes, com valores entre 100 a 149 - **54,5%**
- ◆ utentes com valores inferiores a 100 - **45,5%**

Esta actividade envolveu vários actores e sinergias da comunidade, assegurando grande envolvimento, motivação, visibilidade do papel dos agentes de Saúde e transmissão de conhecimento aos diabéticos e familiares, bem como à comunidade local. Este evento de acção de proximidade, permitiu “ver a enfermagem” não só no seu local de trabalho, mas ao lado dos utentes. Seja na unidade de saúde, na rua, ou na comunidade, dando o seu contributo

para apoiar os utentes e familiares a aprenderem a lidar com a doença, de uma forma mais salutar, levando-os a adaptar comportamento saudáveis, de modo a obter uma melhor qualidade de vida.

Consideram-se adquiridas as seguintes competências:

1 - Liderou processos comunitários com vista à capacitação de grupos na consecução de projectos de saúde.

2 - Integrou nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferente disciplinas.

- ◆ Concebeu e planeou programas de intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico realizado.
- ◆ Coordena, dinamiza e participa nos programas de intervenção, no âmbito da prevenção e promoção.
- ◆ Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades.
- ◆ Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.
- ◆ Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação de informação.
- ◆ Identifica necessidades específicas de informação em grupos.

3 - Participa na coordenação, promoção e implementação das actividades constantes do programa de saúde, do PNS.

- ◆ Optimiza a operacionalização dos programas de saúde, recorrendo às técnicas de intervenção comunitária.
- ◆ Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos programas de saúde.

3.5 – ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

◆ **Realização de um panfleto tripartido, alusivo ao tema “Os Meus Pés”**

O panfleto (Anexo XIII), constituiu mais uma ferramenta de apoio à acção de educação para a saúde, com ensinamentos específicos dirigidos ao diabético nos cuidados com os seus pés. Foi realizado de forma a captar a atenção do leitor, através da conjugação de cores e imagens apelativas, simplicidade de conteúdo para facilitar a compreensão, com enfoque nas acções diárias e alertando para o que se deve fazer e o que não se deve fazer. O panfleto apela à responsabilidade individual de cada diabético responsabilizando-o em relação à sua Saúde e ao estado dos seus Pés. A autorização para circulação deste panfleto, só se iniciou após revisão pela enfermeira orientadora e aprovação pelo Conselho Técnico da USF (Anexo XXVI). O panfleto tripartido constitui mais uma “ferramenta de trabalho que fica no serviço”, para utilização futura.

Considera adquirida a seguinte competência:

Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação de informação.

♦ **Pedido de autorização ao Coordenador, para autorização do agendamento prévio no Sistema Vita-Care, das Consultas de Enfermagem do Pé Diabético**

Neste campo, foi efectuado um pedido de autorização ao Coordenador da USF, por meio de uma carta (Anexo XXVII), a solicitar autorização para o agendamento prévio no Sistema Vita-Care, das Consultas de Enfermagem do Pé Diabético. Após autorização, foi efectuado contacto telefónico com os programadores do Vita-Care, para o agendamento pré-definido de enfermeira, por dia e hora no Sistema informático, da respectiva consulta do Pé Diabético (Anexo XXVIII). Assim, ficou pré definido que a realização da consulta teria lugar nas primeiras segundas, terças, quartas, quintas e sextas feiras de cada mês, correspondente à enfermeira respectiva, com marcação para 5 diabéticos por hora, ou seja 12 minutos para cada doente.

Quadro nº 7 – Distribuição do agendamento das Consultas do Pé Diabético, por dia e por enfermeiro

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
12h-13h (Dr. A) (Enf. ^a A)	10.30h – 11.30h (Dr. B) (Enf. ^a A)	8h-9h (Dra. C) (Enf. ^a B)	9.50h-10.50h (Dra. D) (Enf. ^a C)	8h-9h (Dra. E) (Enf. ^a D)
	16h - 17h (Dr. F) (Enf. ^a E)			

♦ **Incentivar a equipa de enfermagem da USF, para a realização da consulta da Diabetes com observação sistemática do Pé**

Esta acção procurou fortalecer a motivação das enfermeiras da USF para a realização da consulta da Diabetes com observação sistemática do Pé, através de um convite para assistirem ao 4º Fórum Nacional da Diabetes em Aveiro, (Anexo XXIX). Depois de discutido o assunto de uma forma informal e individual, com a equipe de enfermagem, três enfermeiras, aceitaram o convite para o Fórum, que teve lugar a 13 de Novembro de 2010 e foi patrocinado pela APDP com viagens incluídas. Destaca-se que duas das enfermeiras inscritas, não tinham curso algum na área do Pé Diabético, pelo que se considera que esta acção representou uma mais valia. Reforçaram-se, os incentivos com momentos de aprendizagem, quer a nível da apresentação formal do Protocolo, quer pela observação das consultas realizadas com pesquisa de sinais e sintomas do Pé Diabético.

Quadro nº 8 – Observações do Pé aos Diabéticos, até 18/06/2010

Médicos	Percentagem de doentes observados	Nº doentes observados/Nº de diabéticos
Dra. A	9,14%	15/164
Dr. B	20,3%	23/113
Dra. C	26,3%	30/114
Dra. D	41,4%	46/111
Dr. E	13,7%	10/73
Dr. F	20,2%	14/69
TOTAL	131,04%	138/644

(Vita Care, Fevereiro 2011)

Quadro nº 9 – Observações do Pé aos Diabéticos, entre 18/06/2010 e 31/12/2010

Médicos	Percentagem de doentes observados	Nº doentes observados/por Nº doentes
Dra. A	24,4%	40/164
Dr. B	80,53%	91/113
Dra. C	39,5%	45/114
Dra. D	70,2%	78/111
Dr. E	72,6%	53/73
Dr. F	131,04%	38/69
TOTAL	342,33%	345/644

(Vita Care, Fevereiro 2011)

Até 18/06/2010 (final módulo I; Quadro 8), as **observações anuais ao Pé Diabético**, foram exclusivamente **efectuadas pelos médicos**, num total de 138 doentes - que correspondeu a 131,04% do total de diabéticos da USF. A partir desta data, e aludindo aos efeitos induzidos pelo presente trabalho e pela aplicação de **metodologias de incentivo**, os **Pés** dos diabéticos passaram a ser **observados pela equipa de enfermagem**. A equipa de enfermagem encontrava-se de tal modo entusiasmada e motivada com a realização da Consulta, que efectuou algumas observações dos pés, a nível das lista de utentes de outros médicos, ganhando-se assim mais momentos de observação dos pés aos utentes diabéticos, que se dirigiam à USF. Salienta-se o facto de que, apesar de não ser propriamente uma consulta de Enfermagem do Pé Diabético (nos termos do protocolo em Anexo XVIII) e sem a obrigatoriedade de cumprir indicadores para o Pé Diabético, (devido a ser USF Modelo A, tem outros indicadores obrigatórios a cumprir), aproveitaram todos os momentos das outras consultas de enfermagem, para observarem os Pés dos diabéticos. Neste contexto, a equipa de enfermagem observou entre 18/06/2010 e 31/12/2010 os pés a **207** diabéticos, o que significou um **incremento de 211,29% de observações**, (Vita Care, Fevereiro 2011). Cumpre referir que estas percentagens, foram obtidas com base no número total de diabéticos inscritos nas consultas da USF (vigiados e não vigiados), o que significa que este valor percentual, peca por defeito ao incluir também os não vigiados

Depois de todas as actividades e estratégias estarem concluídas, considera-se estarem reunidas todas as condições para dar início à fase de implementação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, na USF S. João Evangelista dos Lóios (a implementação plena da consulta, carecerá somente da alocação dos recursos humanos respectivos).

◆ Realização de um Poster

Este estágio não se limitou apenas a cumprir o previsto e planeado, mas com a grande vontade de ampliar e divulgar os conhecimentos e experiências, tentou-se aproveitar todas as oportunidades que surgiram para melhorar e inovar. Assim, foi elaborado um Poster (Anexo XXX) subordinado ao tema “Melhor qualidade de Vida na Diabetes” para assinalar e divulgar a “Actividade de Rua” realizada e seus resultados.

Para a realização deste foi realizada uma pesquisa bibliográfica, sobre Posters e sobre o tema em questão. Houve troca de ideias com a Enfermeira Orientadora sobre a sua elaboração. O Poster é alusivo à Promoção da Saúde na Diabetes e apresenta uma Introdução, Metodologia, Avaliação, Considerações finais e Referências Bibliográficas. Foi também elaborado um Resumo (Anexo XXXI) relativo ao Poster, para fornecer ao Conselho Técnico e Coordenador da USF. Foi contactado um DIM, no sentido de patrocinar os custos da impressão gráfica do Poster.

Foi solicitado autorização ao Coordenador, para a afixação do Poster na sala de espera dos utentes USF (Anexo XXXII). Após autorização, afixou-se o Poster numa sala de espera da USF, onde os utentes que participaram na actividade, se podem visualizar como protagonistas daquela actividade, onde fizeram algo pela sua saúde.

Recursos

Os **recursos físicos** utilizados cingiram-se à sala de espera para afixar o Poster e uma gráfica, os **recursos materiais**, foram um computador, uma máquina fotográfica e, e os **recursos humanos** foram, Enfermeira mestranda, enfermeira orientadora, o Conselho Técnico e o Coordenador, os **recursos financeiros** ficaram a cargo de um DIM.

Síntese

Assim, procurando sintetizar os aspectos mais pertinentes da fase de implementação da consulta, cumpre referir os seguintes aspectos:

Consultas – Evidenciam-se as vantagens dos ensinamentos efectuados sobre a tríade (alimentação, terapêutica e actividade física). Destaca-se a referenciação de 1/3 da amostra, com grau de risco alto para Pé diabético, 5 novos casos de ulceração e 10 doentes com calosidades. O que em muito contribuiu para a melhoria da estratégia preventiva e do cuidar.

Sessões de ensino – Patenteou-se por uma boa adesão da amostra às actividades propostas, elevado sucesso demonstrado na aquisição de conhecimentos que contribuem para a melhoria da estratégia preventiva, do cuidar, da autonomia e da qualidade de vida do doente.

Protocolo – Acção de envolvimento, esclarecimento, sistematização e motivação da equipa de saúde, para a implementação da consulta, que mereceu uma muito boa aceitação.

Actividade de Rua – Acção que configurou num dos maiores desafios do estágio, mas de extrema satisfação pela elevada adesão e excelente aceitação dos doentes, que “viveram” um momento único de proximidade e que apesar das idades e da doença, lhes evidenciou o valor das boas práticas de saúde. Neste contexto refere-se que para além da acção de saúde de proximidade tem mais valor um “acto vivido” do que “mil palavras”.

Estratégias desenvolvidas – Acções complementares de informação, de organização e/ou agendamento, de divulgação e de motivação dos utentes e da USF, para acções futuras semelhantes, no domínio da prevenção.

Competências adquiridas: Estabelecimento de programa e projecto de intervenção para a Diabetes e Pé Diabético; Liderou processos comunitários de capacitação de grupo, para um projecto de saúde; participou na coordenação, promoção e implementação de actividades do PNS.

4 - CONCLUSÃO

Como corolário deste Relatório de Estágio, que elabora acerca de todo um caminho percorrido no âmbito do tema “**A Promoção de Saúde na Diabetes Mellitus – Prevenção do Pé Diabético, numa USF**”, procura-se sistematizar de que forma a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve praticas centradas na comunidade e nos seus problemas de saúde, bem como relevar do papel determinante dos cuidados de saúde primários e sua capacidade de resposta ajustada às diferentes realidades e contextos socioeconómicos.

Para a **realização deste trabalho foi necessária uma pesquisa bibliográfica aprofundada**, alusiva a diferentes e diversas temáticas, mas que se tornou muito desafiadora e aliciante, pois permitiu obter novos conhecimentos. Nesta perspectiva, os níveis de responsabilidade e empenho de cada um de nós, podem induzir alterações na cultura organizacional, com as consequentes melhorias da satisfação dos utentes e dos cuidados prestados. A mudança, exige a participação de todos os profissionais, pelo que se deve promover a melhoria contínua dos serviços, propondo e implementando novos projectos, sempre com o propósito de cuidar mais e melhor.

Sendo a profissão de enfermagem, uma profissão em que as relações interpessoais são uma constante e os níveis de desgaste físico e emocional consideravelmente elevados, torna-se imperativo o **conhecimento e o domínio das áreas abrangidas pela enfermagem**, reforçadas por acção motivacional, num sentido crescente de satisfação profissional, que tem necessariamente impacto na melhoria dos cuidados prestados. Neste campo, o **estágio decorreu com grande celeridade**, fruto de forte motivação, envolvimento e empenho. O **Relacionamento de conhecimentos teóricos adquiridos**, com a **experiência profissional**, foi uma constante, pois não basta saber fazer, é imperativo haver um conhecimento teórico que seja orientador de todo o saber técnico.

Há ainda a **acrescentar, que o crescimento pessoal e profissional**, fruto do trabalho árduo individual, pode ser mais ou menos facilmente atingido, consoante a convergência de diversos factores: o local de estágio, os conhecimentos teórico-práticos, as situações com que nos deparamos, a relação criada com a equipe multiprofissional e em especial com a enfermeira Orientadora. A enfermeira orientadora para além dos conhecimentos teóricos, revelou ter perfil e disponibilidade para orientar. No caso concreto, desde cedo que houve uma relação de empatia, que se instalou e permitiu uma relação em que as situações ganhavam fluidez e clareza.

Ao **implementar e organizar, a Consulta de Enfermagem** do Pé Diabético, ao utente com Doença Crónica da Diabetes, na USF, pretende-se que os profissionais envolvidos, façam um planeamento das actividades, tendo sempre em vista a Promoção de Saúde e uma melhor Qualidade da Saúde dos utentes diabéticos, capitalizando ganhos em saúde pela prevenção de complicações *Minor* e *Major* e em simultâneo, importar mais-valias para o serviço, incrementando a qualidade de atendimento aos utentes. Os resultados dessa consulta virão depois, com o decorrer do tempo. Como refere Boutinet (1996, p.273), *“os resultados podem ser entrevistados no decurso do processo (...) eles sê-lo-ão mais nitidamente no termo da acção despoletada”*.

Um dos factores **limitativos para a concretização actual da consulta**, relaciona-se com a falta de enfermeiros na USF, pois está previsto realizar-se assim que houver mais um elemento de enfermagem. A **prática baseada na evidência**, mostra-nos que a falta de recursos humanos a nível das equipas de enfermagem, é um dos factores que podem levar à não observação do Pé dos diabéticos, levando os profissionais a actuar, somente a nível Secundário e Terciário **descurando desta forma a prevenção Primária**. De facto, importa também analisar e reportar este tipo de constrangimentos ao cuidar, e que necessariamente deverá ser tido em conta pelas entidades responsáveis, na definição de políticas de saúde e linhas de acção estratégicas de saúde, cujo enfoque esteja na prevenção. Não é desejável, gastar mais a actuar apenas no tratamento das complicações e problemas decorrentes e ter uma população mais débil/doente e com mais problemas a nível pessoal e socioeconómico. **Na avaliação do custo/benefício**, parece **evidente que o investimento em profissionais de enfermagem é vantajoso**, sendo preferível contratar mais enfermeiros, para que os utentes dos CSP tenham um melhor atendimento e **seja dado ênfase à prevenção Primária**. Poupar em tratamentos e internamentos e assegurar melhor qualidade de saúde e de vida.

Evidencia-se a importância dos factores motivacionais, no contexto de trabalho que induziram a Equipa de enfermagem a ganhar mais momentos de observação dos pés aos utentes diabéticos, que se dirigiam à USF. Esta acção reflectiu-se num incremento de **211,29% de observações**, (Vita Care, Fevereiro 2011). Neste enquadramento, considera-se determinante para o sucesso neste processo, o empenho elevado **dos profissionais** de enfermagem e um **maior compromisso dos diabéticos** e familiares. O **factor motivacional**, entendido como a **vontade de “fazer”**, por vezes consegue ultrapassar muitas dificuldades. A equipa de enfermagem da USF dos Loios, constituiu um exemplo, mesmo com o período de férias e a equipa mais reduzida, conseguiu atingir um número recorde de observações ao Pé (mesmo sem terem de atingir os indicadores ao nível do Pé diabético), fizeram-no incentivados pela promoção da saúde e despiste de complicações.

Terminado o estágio, o percurso percorrido teve os seus altos e baixos, facilidades, dificuldades e constrangimentos sentidos, foram precursores de incentivos e da vontade indubitável de continuar sempre em frente. Citando Boutinet (1996, p.287), *“constrangimentos ultrapassáveis e*

zonas de incerteza, constituem as disponibilidades de que qualquer ambiente é portador". As **boas e as menos boas experiências, ajudam a ajustar as capacidades**, permitindo desta forma um crescimento profissional, **levando assim à aquisição de competências**, através das novas experiências e da reflexão sobre as mesmas.

No plano das **Competências**, considera-se que o trabalho, planeado e realizado, materializou um conjunto de mais valias significativas de enriquecimento profissional e pessoal, consubstanciadas em competências específicas da enfermagem Comunitária, atingidas durante o estágio, e que se sintetizam:

- ◆ Estabeleceu com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de um grupo.
- ◆ Contribuiu para o processo de capacitação de grupos e de comunidades.
- ◆ Integrou a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do PNS.
- ◆ Realizou e cooperou na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico de um grupo.

Cumpra igualmente efectuar uma avaliação dos objectivos inicialmente propostos, para a área de intervenção. Assim, considera-se o seguinte: que o objectivo número 1, respeitante às consultas de Enfermagem ao Pé Diabético, foi totalmente atingido; os objectivos números 2 e 3, focalizados a Incentivar os doentes diabéticos da amostra, a modificarem os seus estilos de vida e a realizarem a auto-vigilância dos Pés, consideram-se atingidos, no entanto uma apreciação mais fidedigna exigiria uma reavaliação de médio a longo prazo; quanto ao objectivo número 4, que incide sobre a Equipe de Enfermagem, considera-se que foi parcialmente atingido, o que se entende face à actual situação deficitária de pessoal.

Assim o **conceito de cuidado antecipatório nos CSP é primordial**, implicando o desenvolvimento das actividades dos profissionais de saúde sobre a comunidade, de forma a prevenir o aparecimento de doenças, actuando sobre os factores de risco e detectando aquelas que estão numa fase pré-sintomática.

Este **cuidar antecipado, recomenda mudanças qualitativas na organização do trabalho** da equipa de enfermagem, passando de uma atitude passiva (dar resposta aos pedidos dos utentes) para uma atitude mais activa (antecipar os problemas na comunidade). Neste enquadramento e dos efeitos positivos deste trabalho, cumpre destacar que no curto prazo já foi decidido pelo Enf.º Chefe da UCSP da Graça, que a mestranda manterá a coordenação do programa da Diabetes e deverá iniciar a implementação da consulta de Enfermagem da Diabetes com observação do Pé nas duas extensões da UCSP da Graça, ainda no ano de 2011, procurando assim capitalizar vantagens. Perspectiva-se a médio prazo, ajustar e consolidar o modelo, levando a sua aplicação/replicação a todo o agrupamento Aces Lisboa Oriental II, de modo a assegurar uniformidade nas consultas de enfermagem da Diabetes.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – **Metodologia Científica**. 9ª edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. 2008. 178p. ISBN 978-972-54-0212-2.
- ◆ BERGER, Louise, M.; POIRIER, Danielle – **Pessoas idosas. Uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 594 p. ISBN 972-95399-8-7.
- ◆ BLACK, Joyce M; JACOBS, Esther, Matassarini – LUCKMANN & SORENSEN. **Enfermagem Médico Cirúrgica**. Uma Abordagem Psicofisiológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 4ª ed. 1996. 1050 p. ISBN 85-277-0346-7.
- ◆ BOUTINET, Jean Pierre – **Antropologia do Projecto**. Lisboa: Editora Instituto Piaget, 1996. 360 p. ISBN 972-8329-35-0.
- ◆ BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith – **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interamericana Lda, Vol. 3. 1982. 1174 p. ISBN 0-397-54238-0.
- ◆ CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – **Metodologia de Investigação: Guia para auto - aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353 p. ISBN – 972-674-231-5.
- ◆ **Carta de Ottawa** [Em linha]. 1986. [Consult. 23 Fev. 2011,15h 23m]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.
- ◆ CIRCULAR NORMATIVA nº5/2010. **DGS**. (22-03-2010). 6 p.
- ◆ COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato do Enfermeiros Portugueses. 1989. 385 p. ISBN 972-95420-0-7.
- ◆ CORREIA [et al] – **Viver com a Diabetes. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 233p. ISBN 972-796-108-8.
- ◆ **Declaração de Alma-Ata** [Em linha]. 1978. [Consult. 07/01/2011, 16h]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

- ◆ DECRETO-LEI nº 102/2009. **D.R. I Série.** (2009-05-11) 2812-2813.
- ◆ DECRETO-LEI nº 157/1999. **D.R. I Série.** (1999-05-10) 2424-2435.
- ◆ DECRETO-LEI nº 28/2008. **D.R. I Série.** (2008-02-22) 1182-1189.
- ◆ DECRETO-LEI nº 298/2007. **D.R. I Série.** (2007-08-22) 5587-5596.
- ◆ DECRETO-LEI nº 60/2003. **D.R. I Série.** (2003-04-01) 2118-2127.
- ◆ DESPACHO Nº 24 101/2007. **DR.II Série** (2007-10-22) 30419.
- ◆ DESPACHO NORMATIVO nº 9/2006. **DR. I Série** (2006-02-16) 1256-1258
- ◆ DUARTE, Rui [et al.] – **Diabetologia Clínica.** 3ªed. Lisboa: Editora Lidel, 2002. 441 p. ISBN 972-757-162-X.
- ◆ FORTIN, Marie F. – **Fundamentos e etapas do Processo de Investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.
- ◆ GEBALIS. - **Programa de Reabilitação e Desenvolvimento Integrado de Marvila.** Unidade de Projecto de Chelas, GESTÃO DE BAIROS MUNICIPAIS DE LISBOA, 2008, p.146.
- ◆ GIL, António Carlos – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas SA, 1989. 205 p. ISBN 85-224-0489-5.
- ◆ Health Promotion Model [Em linha]. 2011. [Consult. 07/02/2011, 12 horas]. Disponível em: http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html.
- ◆ NORMA nº 5/2011. **DGS.** (21-01-2011). 3 p.
- ◆ NORMA nº 7/2011. **DGS.** (31-01-2011). 6p.
- ◆ OBSERVATÓRIO DA DIABETES. **Factos e números 2010.** [s.1]. [s.n.]. 2010. 51p.
- ◆ PAÚL, Constança; FONSECA, António M. – **Psicossociologia da saúde.** Lisboa: Climepsi Editores, 2001. 147 p. ISBN 972-796-008-1.

- ◆ PEREIRA, Edna – **A Cinderela da Diabetes**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 183 p. ISBN 972-796-129-0.
- ◆ PORTARIA nº 272/2009. **D.R. I Série**. (2009-03-18) 1710-1711.
- ◆ PORTARIA nº 273/2009. **D.R. I Série**. (2009-03-18) 1712-1720.
- ◆ PORTARIA nº 274/2009. **D.R. I Série**. (2009-03-18) 1720-1726.
- ◆ PORTARIA nº 275/2009. **D.R. I Série**. (2009-03-18) 1727-1728.
- ◆ PORTARIA nº 276/2009. **D.R. I Série**. (2009-03-18) 1728-1737.
- ◆ PORTARIA nº 301/2008. **D.R. I Série**. (2008-04-18) 2278-2281.

- ◆ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Direcção dos Serviços de Cuidados de Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Lisboa: DGS. 2008. XXIV p. ISBN 978-972-675-180-9.

- ◆ REGULAMENTO n.º128/2011. **D.R. II Série**. (2011-02-18) 8667-8669.

- ◆ SAMPAIO, Arnaldina – **Benefícios da Caminhada na Qualidade de Vida dos Adultos**. Porto: Universidade do Porto. 2007. 72 p.

- ◆ SANTOS, Elizabeth; ESTIVIL, Jordi; AIRES, Sérgio – **Primeiro Relatório do Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa**. [s.n]. 2007. 218p.

- ◆ TAVARES, António. - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde, 1990. 223p.

- ◆ TOMEY, Ann M., ALLIGOOD, Martha R. – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ªedição. Loures: Lusociência, 2003. 750p. ISBN 972-8383-74-6.

- ◆ WHO [Em linha]. 2002. [Consult.03/03/2011, 15h 00m]. Disponível em: http://www.who.int/world-health-day/previous/2002/files/whd02_factsheet4_en.pdf.

- ◆ WHOQOL GROUP [Em linha]. 1994. [Consult. 30/11/2010, 17h 40m]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.

ANEXOS

Anexo I – E-mail enviado para Junta de Freguesia de Marvila

À Junta de freguesia de Marvila:

Sou Isabel Torres, enfermeira há 17 anos e estou de momento a tirar a especialidade em Saúde Comunitária e a estagiar na USF S. João Evangelista dos Loios. Telefonei para a Junta de Marvila no dia 31 de Maio, e conforme combinado telefónicamente, venho por este meio pedir à Vogal-Dra. Isabel Fraga que me seja autorizado um pequeno encontro, para uma troca de informações e ideias. Também preciso de conhecer os dados demográficos da Freguesia de Marvila, bem como as condições sócio- económicas da população abrangida. Gostava também de saber de que recursos a população dispõe. Haverá algum projecto em mente que eu possa dar continuidade?

Deixo o meu contacto telefónico pessoal caso seja necessário.

Agradeço desde já o tempo e atenção dispensada, aguardo a vossa resposta em breve.

Obrigada.

Enf^a Isabel Torres

Anexo II - E-mail enviado para GEBALIS

Ao Concelho de Administração,

Sou enfermeira há 17 anos, neste momento encontro-me a tirar a Especialidade e Mestrado em Saúde Comunitária, estando a estagiar na Unidade S. João Evangelista dos Lóios. Para o projecto que me encontro a desenvolver precisava de alguns dados do Bairro dos Lóios

.

Contactei -vos hoje telefónicamente e deram-me a indicação para fazer o pedido por mail.

Os dados que preciso são, do Bairro dos Lóios:

-Quantos realojamentos houve?

- Quantas cooperativas existem?

- Qual o número de habitantes?

- Qual o numero de lotes?

-Qual o número de fogos?

-Que equipamentos lúdicos existem?

Tenho uma certa urgência nestes dados, se mos pudessem enviar agradecia, caso seja necessário o meu contacto telefónico fica aqui disponível.

O meu mail mac.torres@hotmail.com.

Agradeço desde já a atenção dispensada e fico aguardar a vossa resposta.

Enfª Isabel Torres

Anexo III - E-mail enviado para Centro Hospitalar Lisboa Central

À Presidência do

Conselho de Administração

do Centro Hospitalar de Lisboa Central

Sou enfermeira há 17 anos, já trabalhei durante 12 anos no Hospital do Desterro, actualmente encontro-me a trabalhar em Cuidados de Saúde Primários, especificamente no centro de Saúde da Graça.

Estou de momento a tirar o Curso de Especialidade em Saúde comunitária, na Universidade Católica Portuguesa e estou a fazer o meu estágio na USF S. João Evangelista dos Loios, onde estou a desenvolver o meu projecto, para tal necessito de dados estatísticos vossos.

-Saber quantas amputações houve no ano de 2008, 2009 e 2010, devido à DIABETES, no Hospital de S. José (uma vez que é o Hospital de referência aqui da USF).

Se possível, saber quantas amputações houve de doentes pertencentes à freguesia de Marvila nos anos citados.

Agradeço desde já atenção e aguardo resposta, envio o meu contacto pessoal caso vos seja útil.

Enf^a Isabel Torres

Anexo IV – Questionário às enfermeiras da USF

QUESTIONÁRIO

Sou enfermeira, estou a tirar o Curso de Mestrado em Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, de momento encontro-me a estagiar na USF S. João Evangelista dos Loios, e como não há dados registados pelo Vita Care, sobre o número de utentes diabéticos amputados, gostaria de saber qual a sua sensibilidade e percepção face ao que se recorda, em relação aos anos de 2008, 2009 e 2010,

Este questionário é anónimo.

Elaborado por: Isabel Torres

07/06/2010

QUESTIONÁRIO

Local: USF S. João Evangelista dos Loios

Género:

Feminino ()

Masculino ()

Idades compreendidas entre:

21 a 30 ()

31 a 39 ()

40 a 49 ()

1 - No ano de **2008**, na Sala de tratamentos e/ou visitas domiciliárias, teve doentes diabéticos com feridas nos pés?

Sim ()

Não ()

Se não passe à resposta nº 3

2 – No ano de **2008**, tem ideia, se houve doentes diabéticos que fizeram amputações dos dedos ou pés?

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

5 ()

+6()

3 - No ano de **2009**, na Sala de tratamentos e/ou visitas domiciliárias, teve doentes diabéticos com feridas nos pés?

Sim ()

Não ()

Se não passe à resposta nº 5

4 - No ano de **2009**, tem ideia, se houve doentes diabéticos que fizeram amputações dos dedos ou pés?

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

5 ()

+6()

5 - No ano de **2010**, na Sala de tratamentos e/ou visitas domiciliárias, teve doentes diabéticos com feridas nos pés?

Sim ()

Não ()

6 - No ano de **2010**, tem ideia, se houve doentes diabéticos que fizeram amputações dos dedos ou pés?

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

5 ()

+6()

FIM

Grata pela sua colaboração!

Anexo V – Quadro das Resposta das enfermeiras ao Questionário

Quadro das Resposta das enfermeiras
 ao Questionário para obtenção de número amputações e tratamentos ao Pé

2008						2009					2010				
Perg.1	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim										
Perg.2	1	1	4	1	4										
Perg.3						Sim	Sim	Sim	Sim	Sim					
Perg.4						4	3	5	3	2					
Perg.5											Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Perg.6											2	3	2	2	2

Anexo VI – Tabela Mestra

Nº	IDENTIFICAÇÃO	GÊNERO	IDADE	NACIONALIDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	N.º PESS. HABITAÇÃO	TIPO DIABETES	AUTOVIGILÂNCIA PÉS	A.D.O.	INSULINA	ULTIMA HEMOGL. GLICOS.	TEVE FERIDAS PÉS	DATA OBSERV. PÉ	TEM FERIDAS PÉS	CALOSIDADES	ISQUÊMIA	NEUROPATIA	PÉ RISCO
1	APRF	M	44	Portuguesa	4ª classe	segurança	3	II	SIM	SIM	NÃO	9,1	NÃO	21.05.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
2	AACP	M	55	Portuguesa	4ª classe	motorista	3	II	SIM	SIM	NÃO	6,1	NÃO	12.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
3	AJSP	F	53	Portuguesa	12º ano	assistente técnica	3	II	SIM	SIM	NÃO	8,5	NÃO	12.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
4	AFP	M	54	Portuguesa	4ª classe	cinzelador	2	II	SIM	SIM	NÃO	6,4	SIM	12.10.2010	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
5	ACC	F	86	Portuguesa	0	reformada	3	II	NÃO	SIM	NÃO	6,7	SIM	12.02.2010	NÃO	N/A/VALIADO	SIM	SIM	ALTO
6	AMRB	F	50	Portuguesa	N/Determinado	N/Determinado		II	SIM	SIM	NÃO					N/A/VALIADO			
7	AF	M	85	Portuguesa	4ª classe	reformado	2	II	NÃO	SIM	NÃO	7,1	NÃO	01.10.2010	SIM	SIM	NÃO	SIM	ALTO
8	ACB	M	58	Portuguesa	4ª classe	mecânico	3	II	SIM	SIM	NÃO	8,6	NÃO	27.04.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
9	AMSS	M	54	Portuguesa	4ª classe	jardineiro	2	II	SIM	SIM	NÃO	11,6	SIM	26.10.2010	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
10	ARS	M	61	Portuguesa	2ª classe	reformada	5	II	SIM	SIM	NÃO	7,5	SIM	29.06.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	SIM	ALTO
11	BDO	F	58	Portuguesa	4ª classe	aposentada	3	I	SIM	NÃO	SIM	9	NÃO	16.06.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
12	BFP	M	69	Portuguesa	4ª classe	reformado	2	II	SIM	SIM	SIM	5,4	NÃO	30.09.2010	NÃO	N/A/VALIADO	SIM	NÃO	ALTO
13	BRFL	F	59	Portuguesa	4ª classe	empreg.doméstica	3	II	SIM	SIM	NÃO	7,1	NÃO	26.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
14	CRPP	F	66	Portuguesa	0	empreg.doméstica	4	II	SIM	SIM	NÃO	6,1	NÃO	13.04.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO
15	CG	M	56	Indiano	1ª classe	construção civil	3	II	NÃO	SIM	NÃO	6	NÃO	02.11.2010	SIM	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
16	CRGD	F	74	Portuguesa	4ª classe	reformada	1	II	NÃO	SIM	NÃO	5,7	NÃO	17.08.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	SIM	MÉDIO
17	CAPC	F	75	Portuguesa	0	reformada	5	II	NÃO	SIM	NÃO	6,9	NÃO	04.11.2010	SIM	SIM	NÃO	SIM	ALTO
18	DAP	F	71	Portuguesa	3ª classe	reformada	1	II	NÃO	SIM	NÃO	8,4	NÃO	27.4.2010	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	MÉDIO
19	DDFR	F	54	Portuguesa	4ª classe	pensionista	2	II	SIM	SIM	NÃO	7,3	NÃO	12.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
20	DDP	M	53	C. Verdiano	4ª classe	desempregada	4	II	NÃO	SIM	NÃO	7,9	NÃO	25.5.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
21	EJCGF	M	50	Portuguesa	5ª ano	condutor maquinas	4	II	NÃO	SIM	NÃO	5,5	NÃO	26.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
22	EFA	M	63	Portuguesa	4º classe	reformado	2	II	SIM	SIM	NÃO	6,3	SIM	28.06.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	ALTO
23	ESSG	F	56	Portuguesa	4ª classe	limpezas	3	II	SIM	SIM	NÃO	6,1	NÃO	19.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
24	FE	F	77	Portuguesa	0	reformada	2	II	NÃO	SIM	NÃO	6,1	NÃO	12.10.2010	SIM	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
25	FPPT	F	76	Portuguesa	0	reformada	2	II	SIM	SIM	NÃO	6	NÃO	28.10.2010	SIM	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
26	FOPL	F	54	Portuguesa	4ª classe	empreg. Lar	2	II	SIM	SIM	NÃO	5,9	SIM	26.10.2010	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
27	FF	M	77	Portuguesa	4ª classe	reformado	2	II	NÃO	SIM	NÃO	5,9	SIM	05.01.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	ALTO
28	FMM	M	53	Portuguesa	4ª classe	motorista	5	II	SIM	SIM	NÃO	5,6	NÃO	19.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	MÉDIO
29	FFL	M	61	Portuguesa	4ª classe	reformado	3	II	SIM	SIM	NÃO	6,4	NÃO	02.11.2010	SIM	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
30	HDP	F	51	Portuguesa	6º ano	desempregada	1	II	SIM	SIM	NÃO	5,5	SIM	12.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	ALTO
31	HSP	M	71	Portuguesa	1ª classe	reformado	2	II	NÃO	SIM	NÃO	6,7	NÃO	19.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
32	HMGM	M	56	Portuguesa	5º ano	reformado	4	II	SIM	SIM	NÃO	9,1	NÃO	29.06.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO
33	IM	M	81	Portuguesa	0	reformado	4	II	NÃO	SIM	NÃO	6,2	SIM	02.11.2010	SIM	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
34	JABPS	F	42	Portuguesa	12º ano	empreg. Superm.	4	I	SIM	NÃO	SIM	7,3	SIM	19.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	ALTO
35	IRPF	F	75	Portuguesa	2ª classe	reformada	3	II	NÃO	NÃO	NÃO	11	NÃO	12.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
36	INF	M	69	Portuguesa	4ª classe	reformado	2	II	NÃO	SIM	NÃO	5,7	NÃO	06.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
37	JA	M	61	Portuguesa	4ª classe	desempregado	1	II	SIM	SIM	NÃO	7,1	NÃO	30.09.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO
38	JRC	M	75	Portuguesa	4ª classe	reformado	1	II	NÃO	SIM	NÃO	9	NÃO	30.09.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO
39	JIMG	M	51	Portuguesa	4ª classe	motorista	3	II	SIM	SIM	NÃO	7	NÃO	05.11.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
40	JAT	M	75	Portuguesa	0	reformado	2	II	NÃO	SIM	NÃO	6,9	NÃO	13.07.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	SIM	MÉDIO
41	JABS	M	50	Portuguesa	3ª classe	empreg.balcão	2	II	SIM	SIM	NÃO	10,1	NÃO	26.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
42	JMFP	M	46	Portuguesa	5º ano	taxista	3	I	SIM	NÃO	SIM	6	NÃO	04.11.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
43	JMG	M	75	Portuguesa	3ª classe	reformado	7	II	NÃO	SIM	NÃO	5,8	NÃO	29.06.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO
44	JMH	M	74	Portuguesa	2ª classe	reformado	3	II	NÃO	SIM	NÃO	7,7	NÃO	28.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
45	JPR	M	78	Portuguesa	4ª classe	reformado	2	II	NÃO	SIM	NÃO	7,8	SIM	04.11.2010	NÃO	NÃO	SIM	SIM	ALTO
46	JRP	M	64	Portuguesa	4ª classe	reformado	3	II	NÃO	SIM	NÃO	5,4	NÃO	21.5.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
47	JRP	M	60	Portuguesa	3ª classe	reformado	4	II	SIM	SIM	NÃO	6,2	NÃO	16.06.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
48	JTLP	M	70	Portuguesa	4ª classe	reformado	2	II	NÃO	SIM	NÃO	7,2	NÃO	13.4.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO
49	JMPSM	F	51	Portuguesa	11º ano	aluna formação	2	II	NÃO	SIM	NÃO	7,2	NÃO	29.06.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO
50	JS	F	56	Angoliana	0	empreg. doméstica	3	II	NÃO	SIM	NÃO	13,7	SIM	04.05.2010	SIM	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
51	JJ	M	75	Portuguesa	0	reformado	1	II	SIM	SIM	NÃO	9,4	NÃO	01.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
52	LMFP	F	50	Portuguesa	5º ano	empreg. Balcão	3	II	SIM	SIM	NÃO	6,7	NÃO	28.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
53	LRC	F	74	Portuguesa	4ª classe	reformado	2	II	SIM	SIM	NÃO	6,7	NÃO	14.10.2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	BAIXO
54	LCEM	M	49	Portuguesa	4ª classe	desempregado	2	I	SIM	NÃO	SIM	7,7	SIM	06.10.2010	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	ALTO
55	LMC	M	65	Portuguesa	4ª classe	reformado	5	II	NÃO	SIM	NÃO	8,7	NÃO	30.09.2010	NÃO	N/A/VALIADO	NÃO	NÃO	BAIXO

Anexo VII – Carta dirigida à APDP

Exmo. Sr. Director, Dr. João Filipe Raposo

da APDP

Isabel Cristina Rosinha Machado Torres, enfermeira graduada a exercer funções no Centro de Saúde da Graça, encontro-me a fazer a Especialidade e Mestrado na área de Saúde Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa. Actualmente já me encontro em estágio de 21 horas semanais, na Unidade de Saúde Familiar (USF) São João Evangelista dos Loios.

O meu projecto a desenvolver no local, será a Implementação de uma Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, ao utente com doença crónica de Diabetes *Mellitus*. Como sei que realizam cursos para profissionais, venho solicitar que me seja autorizado uma observação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, durante três dias, com a finalidade de assim poder completar mais os meus conhecimentos sobre o assunto em questão e desta forma conseguir observar a dinâmica e em que moldes é efectuada a vossa consulta, para uma melhor Implementação da Consulta de Enfermagem na USF dos Loios.

A minha disponibilidade para eu assistir a essas consultas, é só às quartas, quintas e sextas feiras dos meses de (10 a 28) de Maio e de (1 a 11) de Junho de 2010.

Desde já agradeço a atenção e fico aguardar resposta, para o meu e-mail pessoal (mac.torres@hotmail.com) ou telefone particular.

Atentamente,

Enf.^a Isabel Torres

Lisboa, 28 de Abril de 2010

Anexo VIII - E-mail de agradecimento enviado à APDP

Lisboa, 26 de Maio de 2010

Isabel Torres, enfermeira graduada, a realizar na UCP o Mestrado em Saúde Comunitária, estive a fazer na vossa Instituição (APDP), um pequeno Estágio de 2 dias de observação, nos dias 12 e 14 de Maio deste ano.

Venho por este meio agradecer a resposta rápida e positiva que tiveram em aceitar o meu pedido para observação, da actuação dos profissionais de Saúde, no contexto da consulta do Pé Diabético.

Queria também, deixar expresso o meu agradecimento pelo apoio e carinho com que fui recebida, pelos vossos profissionais, nomeadamente as Quiropodistas Joaquina e Odília, com as suas vastas experiências; a Enf.^a Irene com toda a sua dinâmica e profissionalismo, bem como a Enf.^a Amélia Valongo, que desde o início se disponibilizou para me dar explicações e mostrar toda a dinâmica do funcionamento e do percurso efectuado pelo utente, desde a sua admissão.

Pude observar a sua forma de actuação, postura e sentimentos profundos em relação aos utentes Diabéticos. É sem dúvida uma pessoa de grande valor pelos seus princípios, um poço de conhecimentos quer na diabetes, quer ao nível da essência do Ser Humano, e é uma mais valia para o vosso serviço, e para os Ganhos em Saúde, que “grão a grão” as consequências *minor* da Diabetes e as *major* nomeadamente as amputações poderão diminuir.

Sem mais, reafirmo os meus agradecimentos,

Isabel Torres

Anexo IX – Resposta da APDP ao agradecimento

Exma. Senhora Enf^a Isabel Torres,

Agradecemos o contacto, o qual nos mereceu a nossa melhor atenção.

Ficamos contentes que o seu estágio tenha constituído uma experiência positiva.

Com os melhores cumprimentos.

Prof. Dr. João Filipe Raposo

Director Clínico da APDP

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

R. Salitre, 118-120 - 1250-203 Lisboa

Tel: +351 21 381 61 01 - Fax: +351 21 385 93 71

Anexo X – Convocatória da Consulta de Enfermagem da Diabetes



ACES Lisboa Oriental

USF S. João Evangelista dos Lóios

Rua Pedro José Pezerat nº I I no Bairro dos Lóios.

Telefone: 218366070

CONVOCATÓRIA

Sr(a) _____, como não conseguimos contactá-lo(a) por telefone, escrevemos-lhe para o(a) informar que estamos a agendar consultas no âmbito da Diabetes. Para tal estamos a marcar-lhe uma consulta da Diabetes, como forma de antecipação para possíveis problemas e assim deste modo, prevenir possíveis complicações no sentido de haver uma melhor prevenção de Saúde.

No dia ____ de _____ de _____, às _____ horas, dirija-se à USF, para a consulta da diabetes. Caso não possa comparecer, telefone para o número de 218366070, para assim poder fazer outra marcação que mais lhe convenha.

Não falte, pela sua Saúde!

Obrigado, pela atenção

Anexo XI – Convocatória da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético



ACES Lisboa Oriental
USF S. João Evangelista dos Lóios
Rua Pedro José Pezerat nº 11 no Bairro dos Lóios.
Telefone: 218366070

CONVOCATÓRIA

Sr(a) _____, como não conseguimos contactá-lo(a) por telefone, escrevemos-lhe para o(a) informar que estamos a fazer consultas de Enfermagem no âmbito da Diabetes. Para tal estamos a marcar uma avaliação dos seus pés, pois como sabe um dos grandes problemas dos diabéticos, é o chamado Pé Diabético. Como forma de prevenção estamos a marcar uma consulta de Enfermagem, com a finalidade de lhe observar os pés e assim deste modo prevenir possíveis complicações no sentido de haver uma melhor prevenção de Saúde.

No dia ____ de _____ de _____, às _____ horas, dirija-se à USF, para o rastreio do Pé Diabético. Caso não possa comparecer, telefone para o número 218366070, para assim poder fazer outra marcação que mais lhe convenha.

Não falte, pela sua Saúde!

Obrigado, pela atenção

Anexo XII - Convocatória da Consulta de Enfermagem de Hipertensão Arterial



ACES Lisboa Oriental
USF S. João Evangelista dos Lóios
Rua Pedro José Pezerat n.º 11 no Bairro dos Lóios.
Telefone: 218366070

CONVOCATÓRIA

Sr(a) _____, como não conseguimos contactá-lo(a) por telefone, escrevemos-lhe para o(a) informar que estamos a agendar consultas no âmbito da Hipertensão Arterial. Para tal estamos a marcar-lhe uma consulta, como forma de antecipação para possíveis problemas e assim deste modo, prevenir possíveis complicações no sentido de haver uma melhor prevenção de Saúde.

No dia ____ de _____ de _____, às _____ horas, dirija-se à USF, para a consulta de Hipertensão. Caso não possa comparecer, telefone para o número de 218366070, para assim poder fazer outra marcação que mais lhe convenha.

Não falte, pela sua Saúde!

Obrigado, pela atenção

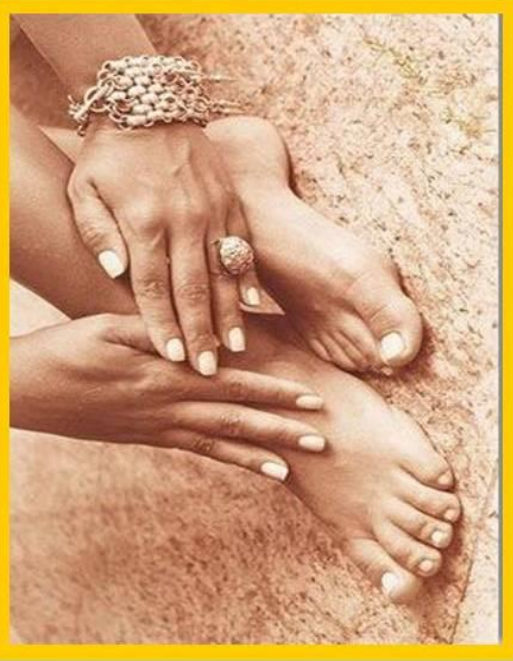
Anexo XIII – Panfleto tripartido “Os Meus Pés”

A DIABETES É UMA
DOENÇA QUE EXIGE
CUIDADOS E TRA-
TAMENTO PARA O
RESTO DA VIDA.

OS PÉS SÃO UM
BEM PRECIOSO.



O NOSSO CORPO
ESTÁ NOS PÉS...



CUIDE DE NÓS!!!

PÉ DIABÉTICO

Elaborado por:
Enf.ª Mestranda Isabel Torres



Unidade de Saúde Familiar S.
João Evangelista dos Lóios

Rua Pedro José Pezerat nº11
1950-239 Lisboa
Telefone: 218366070
Fax: 218598527

PÉ DIABÉTICO



**Os Meus
Pés**

**Recomendações
para os meus Pés...**

Procure-nos!

Os meus Pés

O QUE FAZER TODOS OS

DIAS:



- Lavo os meus pés, com água tépida
- Uso sabão com PH neutro
- Seco com cuidado, especialmente nos espaços entre os dedos
- Olho para a toalha e verifico se ficou suja de sangue
- Observo os meus pés, para ver se há feridas ou calosidades
- Massajo com um creme hidratante
- Inspecciono os sapatos antes de os calçar



O QUE DEVO FAZER

- Arranjo as unhas uma vez por semana, limando-as com lima de cartão
- Uso uma lixa de pés, para as calosidades, evitando formação de calos
- Se surgirem fungos ou feridas, contacto o/a enfermeiro(a)
- Só compro sapatos no final do dia



O QUE NÃO DEVO FAZER

- Andar descalço(a), seja na praia ou em casa
- Usar sandálias ou sapatos apertados
- Colocar os Pés ao Sol
- Usar calçadas
- Usar sacos de água quente
- Colocar os Pés junto de lareiras ou radiadores

PREVENIR É O MELHOR REMÉDIO

Não se esqueça:

O diabético é responsável pela sua própria SAÚDE e pelos seus PÉS



Ajude-se e deixe ajudar-se...

...VIVA MAIS...

...COM MAIS QUALIDADE DE VIDA...

PÉ DIABÉTICO



Anexo XIV – Plano de Sessão de grupo “Diabetes/Pé...Saber Mais...”

USF DOS LÓIOS / PLANO DA SESSÃO DE ENSINO

TEMA: Diabetes / Pé, saber mais...		DATA: 5/11/2010	HORA: 15 horas	
OBJECTIVOS: Contribuir para aumentar a sensibilização dos diabéticos, para o problema da Diabetes e do Pé Diabético		LOCAL: USF S. João Evangelista dos Lóios		
		TEMPO: 45 minutos		
		DESTINATÁRIOS: Utentes da USF, com doença crónica da Diabetes		
ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA M. A. E.	TEMPO	OBSERVAÇÕES
INTRODUÇÃO	Apresentação do tema e dos objectivos a atingir	Expositiva com data-show	5 minutos	
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Doença da Diabetes ◆ Complicações da Diabetes ◆ Pé Diabético ◆ Observar os pés ◆ Cuidados com os pés ◆ Sapatos 	Expositiva com data-show	25 minutos	
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Síntese dos principais aspectos focados ◆ Esclarecimento de dúvidas 	Participativa e expositiva com data-show	5 minutos	
AVALIAÇÃO	Feita através de um questionário, no final da sessão.	Participativa	10 minutos	
FORMADOR: Enf. ^a Isabel Torres				
BIBLIOGRAFIA: Referenciada em slide, no final da acção de formação				

Anexo XV – Cartaz informativo da sessão de ensino de grupo



Sessão de ensino
“Diabetes e Pé
Diabético”



**Dia 05/11/2010,
às 15 horas
na Sala de Reuniões**



Anexo XVI – PowerPoint da sessão de grupo

DIABETES / PÉ SABER MAIS...

OBJECTIVOS

- Pretende-se que no final da sessão:
 - Os diabéticos tenham mais consciência da sua doença
 - Valorizem mais os seus pés
 - Comecem a vigiar a efectuar uma maior vigilância aos seus pés
 - Saibam identificar complicações da diabetes

DIABETES

- ❖ É uma doença que aparece quando o organismo produz pouca ou nenhuma insulina.
- ❖ A insulina pode ser produzida mas não ser aproveitada pelo organismo.
- ❖ Sem insulina o açúcar (glicose) não entra nas células.



DIABETES

- ❖ Enquanto as células morrem por falta de açúcar e energia, o sangue vai ficando cada vez mais doce.
- ❖ O excesso de açúcar no sangue, funciona como um veneno e o corpo vai ficando doente.



DIABETES

HIPERGLICÉMIA

Glicémia em jejum > 126 mg/dl

Glicémia depois de comer > 200 mg/dl

DIABETES

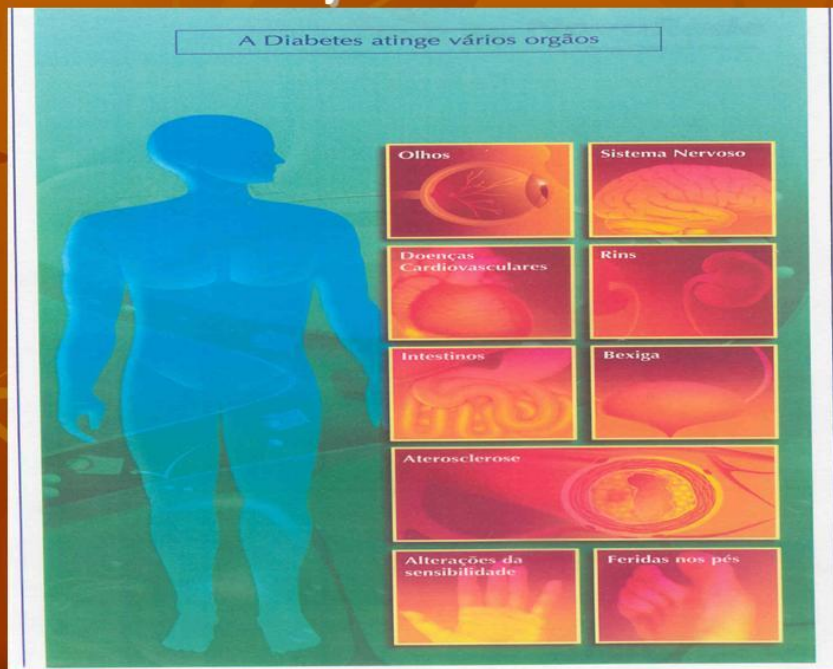
HIPOGLICÉMIA

❖ Se glicose menor que: 70

O que fazer?

Coloque um pacote de açúcar, imediatamente na boca.

COMPLICAÇÕES DA DIABETES



PÉ DIABÉTICO

As pessoas com diabetes, podem apresentar com frequência infecções na pele, micoses ou abscessos

PÉ DIABÉTICO

A perda de sensibilidade também é muito comum. Por isso as pessoas podem não sentir queimaduras ou cortes, facilitando o aparecimento de feridas e/ou infecções.

PÉ DIABÉTICO

Neuropatia = lesão dos nervos
(sensitivos, motores)

Isquemia = má circulação dos grandes
vasos das pernas

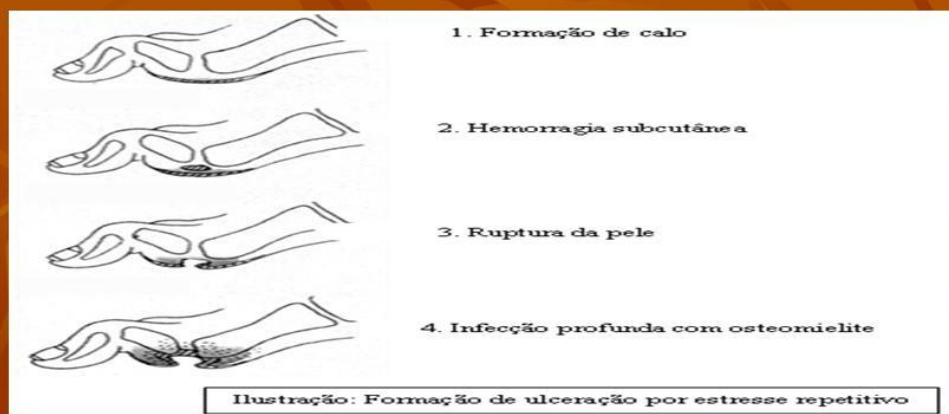
PÉ DIABÉTICO

NEUROPATIA

- ❖ Aumenta com a idade do diabético
- ❖ Aumenta com o tempo de duração da diabetes
- ❖ Aumenta com a gravidade da hiperglicémia

PÉ DIABÉTICO

A perda de sensibilidade, a deformação e a limitação da mobilidade das articulações resultam numa sobrecarga anormal no pé. Como resposta forma-se:



PÉ DIABÉTICO

- ❖ Em Portugal existem mais de 500 mil diabéticos
- ❖ 25 % dos diabéticos sofrem lesões nos pés
- ❖ A Diabetes é a principal causa de amputações

O QUE OBSERVAR NOS PÉS

- ❖ Alterações na temperatura
- ❖ Alterações no tamanho
- ❖ Alterações na pele
- ❖ Alterações na cor



OBSERVAÇÃO DOS PÉS

Porquê?

Para prevenir qualquer possível problema



OBSERVAÇÃO DOS PÉS

Quando?

Depois do banho ou do duche



Antes de calçar as meias e os sapatos



OBSERVAÇÃO DOS PÉS

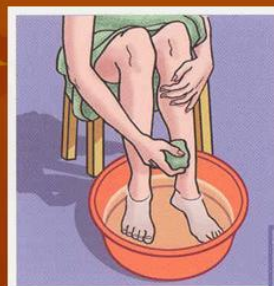
Onde?

Num local com boa luz



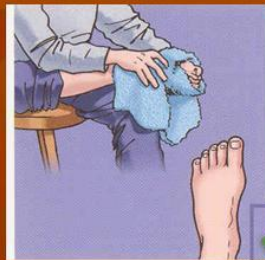
CUIDADOS COM OS PÉS

Lave os pés diariamente com sabão neutro e água morna (nunca água muito quente!!)



CUIDADOS COM OS PÉS

Seque cuidadosamente os pés com uma toalha macia, especialmente entre os dedos e em redor das unhas



CUIDADOS COM OS PÉS

Aplique um creme ou loção hidratante para manter a pele suave e macia, mas nunca aplique o creme nas unhas ou no meio dos dedos



CUIDADOS COM OS PÉS

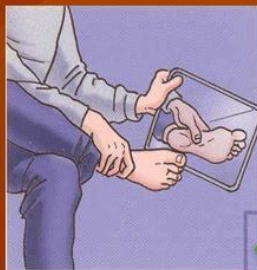
Mantenha as unhas cuidadosamente aparadas, em linha recta limando-as bem, eliminando os pontos aguçados. Se tiver dificuldade peça ajuda.

Usar lima de cartão



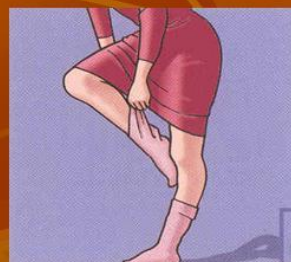
CUIDADOS COM OS PÉS

Examine os pés diariamente, vendo se existem cortes, bolhas ou ferimentos, se necessário com o auxílio de um espelho ou com ajuda de um familiar.



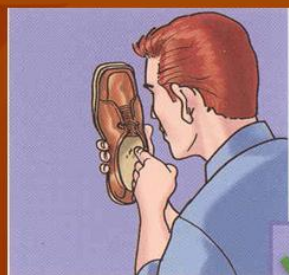
CUIDADOS COM OS PÉS

Use sempre meias folgadas e limpas, apropriadas para cada ocasião, de preferência de algodão e de cor clara.



CUIDADOS COM OS PÉS

Examine os sapatos para ver se há corpos estranhos, como pedras, deformações das palmilhas ou pregos, que possam ferir os seus pés



CUIDADOS COM OS PÉS

Não utilize sacos de água quente para aquecer os seus pés.

Se os pés arrefecerem durante a noite, deve usar meias



CUIDADOS COM OS PÉS

Nunca ande descalço, nem mesmo na praia ou dentro de casa.



CUIDADOS COM OS PÉS

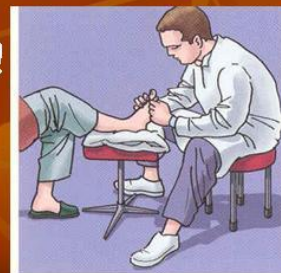
- ❖ Não corte os seus calos ou calosidades.
- ❖ Procure um especialista quando precisar remover algum.



CUIDADOS COM OS PÉS

Dirija-se ao centro de saúde sempre que tiver cortes, unhas encravadas, micoses e dores ou inchaço nos pés ou barriga das pernas.

Não fique à espera para ver se passa!



CUIDADOS COM OS PÉS

Procure usar sapatos confortáveis. A adaptação dos sapatos novos deve ser gradual, pouco tempo em cada dia, aumentando lentamente os períodos de uso. Evite sapatos abertos ou sandálias



OS SAPATOS

- ❖ Comprar sapatos de boa qualidade – devem ser de pele, biqueira alta e larga
- ❖ Comprar os sapatos ao fim do dia, quando os pés já estão um pouco inchados
- ❖ Usar os sapatos novos primeiro em casa
- ❖ Não usar os sapatos de outra pessoa



NÃO ESQUECER

- ❖ As feridas não surgem espontaneamente só porque o pé é de um diabético
- ❖ 4 em cada 5 lesões são causadas por traumatismo, ou seja, são evitáveis

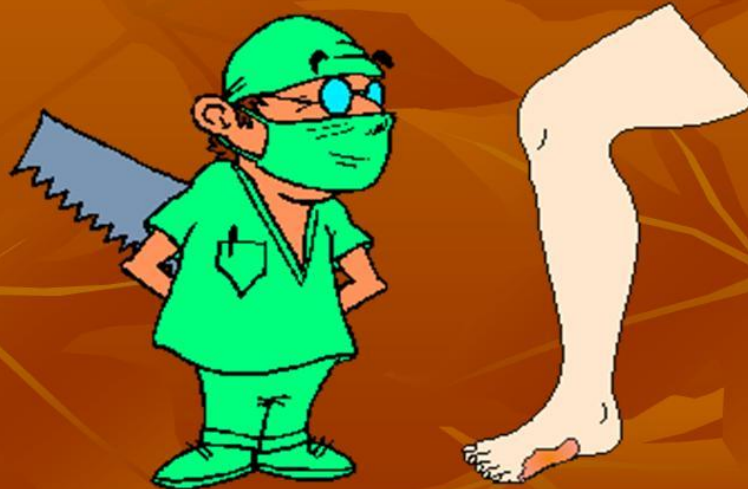
OLHAR COM ATENÇÃO



OLHAR COM ATENÇÃO



E AGORA!...



JÁ NÃO VOU A TEMPO!



SAIBA QUE...

À família e aos profissionais de saúde compete ajudar o diabético a conseguir controlar melhor a sua doença

NÃO ESQUECER

**A diabetes é uma doença crónica
que exige tratamento para toda a
vida**

NÃO ESQUECER

Controlar a diabetes para:

- ❖ VIVER MAIS**
- ❖ MAIS QUALIDADE de vida**

NÃO ESQUECER

O diabético é responsável pela sua própria SAÚDE e pelos seus PÉS



Agora sim, estou elucidado!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CIRCULAR NORMATIVA n° 5. **DGS.** (2010-03-22). 6p.
- CORREIA, L, Gardete, [et al] – **Viver com a diabetes.** Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 233p. ISBN 972-796-108-8.
- PEREIRA, Edna – **A Cinderela da Diabetes.** Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 183p. ISBN 972-796-129-0.

OBRIGADO A TODOS!

Anexo XVII – Questionário de avaliação da sessão de grupo



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



QUESTIONÁRIO

Sou enfermeira, estou a tirar o Curso de Mestrado em Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, de momento encontro-me a estagiar aqui na USF S. João Evangelista dos Lóios, e gostaria de saber o que se recorda, em relação à sessão que acabaram de assistir.

Este questionário é anónimo.

Elaborado por: Enf. Isabel Torres

05/11/2010

QUESTIONÁRIO

1 - Quais as possíveis complicações da diabetes?

2 - Quais os valores de hiperglicémia em jejum e após as refeições?

3 - Em caso de hipoglicémia o que fazer?

4 - Qual a principal causa das amputações?

5 - O que se deve observar nos pés?

6 - Quem é o maior responsável pelos seus pés?

7 - O que fazer se tiver feridas nos pés?

8 – Antes desta sessão dava valor aos seus pés? Tinha os cuidados necessários com eles?

9 - Agora depois da sessão de esclarecimento, vai passar a dar mais valor aos seus pés?

Obrigado, pela atenção

Anexo XVIII – Protocolo da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PÉ DIABÉTICO



UNIDADE SAÚDE FAMILIAR DE S. JOÃO EVANGLISTA DOS LÓIOS



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
**S. JOÃO EVANGLISTA
DOS LÓIOS**
A Saúde no Bom Caminho

LISBOA

2010

SIGLAS

AB – Antibióticos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AI – Anti-inflamatórios

AM – Antimicóticos

CN – Circular Normativa

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção Geral da Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

Dr. – Doutor

Enf.^a - Enfermeira

IPTB – índice de Pressão Tornozelo/Braço

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

S. - São

USF – Unidade de Saúde Familiar

0- PREFÁCIO

A USF S. João Evangelista dos Lóios, é uma extensão pertencente ao CS de Marvila, integrada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no agrupamento ACES Lisboa Oriental.

A USF foi inaugurada a 27 de Maio de 2008, dando resposta à população residente no Bairro dos Lóios. Actualmente conta com 10465 utentes inscritos, distribuídos pelas listas de seis médicos.

Dos 10465 utentes inscritos na USF, 644 têm a doença crónica da DM, perfazendo desta forma 6,15 % desta população; que se encontra em risco.

Como se pode observar esta USF tem um movimento com algum significado, na área da DM. A actual vivência, exige permanente actualização e aferição de atitudes de acordo com protocolos de actuação, de forma a homogeneizar condutas para melhor aferir resultados.

Sabe-se que o Pé Diabético é uma das complicações mais graves da DM, sendo responsável por cerca de 70% das amputações realizadas de causas não traumáticas.

Estima-se que aproximadamente 25% das pessoas com DM, tem condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, quer pela presença de neuropatia sensitivo - motora, quer pela presença de doença vascular.

Estima-se que, em Portugal, ocorram anualmente 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores (média de 2006 a 2008), resultando num esforço acrescido do membro remanescente, que começará com problemas, em apenas ano e meio, seja ou não provido de prótese o membro amputado. Decorridos cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos já terão sofrido a amputação contra lateral.

É objectivo da Declaração de St. Vincent, a redução do número de amputações dos membros inferiores nas pessoas com DM.

No âmbito do PNPCD, a DGS estabeleceu através da CN de 22 de Março de 2010, uma norma e orientações técnicas, que visam regular os procedimentos a adoptar quer pelos serviços, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, uma abordagem sistemática do Pé Diabético a nível nacional.

A evidência internacional tem demonstrado, que a prevenção e o tratamento do pé diabético, leva à obtenção de evidentes ganhos em saúde, pela diminuição das amputações e posterior melhoria da qualidade de vida.

O conceito de cuidado antecipatório nos CSP, implica o desenvolvimento das actividades dos profissionais de saúde, sobre a população de forma prevenir o aparecimento de doenças, actuando sobre os factores de risco e detectando as doenças que estão numa fase pré-sintomática. Este cuidar antecipado obriga a mudanças qualitativas na organização do trabalho da equipa de enfermagem, passando de uma atitude passiva – dar resposta aos pedidos dos utentes – a outra atitude activa – procurar esses mesmos problemas na comunidade.

Pretende-se que este protocolo interesse aos colegas de enfermagem, mas também a todos os que procuram fazer na sua prática diária o melhor que se sabe, e que é fruto de uma reflexão e experiência nacional e internacional.

Lisboa, 19 Outubro de 2010
Conselho Técnico

Dr. José Brito

Enf.^a Manuela Brito

INDICE	Págs.
0- PREFÁCIO.....	3
1- ADMISSÃO À CONSULTA.....	7
2- DEFINIÇÃO DO PÉ DIBÉTICO.....	7
3- TÉCNICOS DE SAÚDE.....	7
4- OBJECTIVOS GERAIS.....	8
5- PREVENÇÃO A NIVEL PRIMÁRIO.....	8
6- PREVENÇÃO A NIVEL SECUNDÁRIO.....	8
7- PREVENÇÃO A NIVEL TERCIÁRIO.....	9
8- DIAGNÓSTICO.....	9
8.1 – ANAMNESE.....	9
8.2 – EXAME DO PÉ.....	10
8.3 – INSPECÇÃO DO CALÇADO E MEIAS.....	11
9- AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE RISCO DA ULCERAÇÃO.....	11
9.1 - BAIXO RISCO.....	11
9.2 - MÉDIO RISCO.....	11
9.3 - ALTO RISCO.....	12
10- PROCEDIMENTO DE ENCAMINHAMENTO..	12
11- ENSINOS.....	13
11.1 – ALIMENTAÇÃO.....	13
11.2 – TERAPÊUTICA.....	13
11.3 - ACTIVIDADE FISICA.....	14
11.4 - CUIDAR DOS PÉS.....	14
12- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PÉ DIABÉTICO

I - ADMISSÃO À CONSULTA

Estar inscrito na USF S. João Evangelista dos Lóios, nas listagens de utentes diabéticos por médico.

2 - DEFINIÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

São complicações tardias da DM, quer por neuropatia periférica, quer por arteriopatía e susceptibilidade às infecções, que predispõem ao aparecimento das lesões nos pés dos diabéticos, terminando muitas das vezes em amputações.

3 - TÉCNICOS DE SAÚDE

Enfermeiro, médico, e ainda um podologista.

4 - OBJECTIVO GERAL

Redução do número de amputações dos membros inferiores, nas pessoas com DM.

5 - PREVENÇÃO A NÍVEL PRIMÁRIO

- ◆ A educação da pessoa com DM e familiares.
- ◆ A avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias.
- ◆ Cuidados em lesões não ulcerativas.
- ◆ Orientação na aquisição de calçado.

- ◆ Identificação de sinais de alerta.

6 - PREVENÇÃO A NÍVEL SECUNDÁRIO

- ◆ Observar o Pé Diabético.
- ◆ Classificar o nível de risco do Pé Diabético.
- ◆ Excluir a componente vascular.
- ◆ Detectar e corrigir precocemente as deformações e hiperpressões.
- ◆ Avaliação dos casos com patologia ulcerativa e/ou isquémica.
- ◆ Avaliação dos casos com patologia ulcerativa complicada por infecção e/ou necrose, a necessitar de eventual desbridamento cirúrgico e internamento.

- ◆ Classificar o tipo de grau de ulceração.
- ◆ Reforço da educação e de medidas preventivas de futuras lesões.
- ◆ Orientar para outros técnicos de saúde específicos.

7 - PREVENÇÃO A NÍVEL TERCIÁRIO

- ◆ Avaliação de casos clínicos complexos.
- ◆ Orientar para intervenções vasculares adequadas.
- ◆ Execução de tratamentos.
- ◆ Redução da mortalidade.
- ◆ Redução da morbilidade.
- ◆ Reforço de medidas preventivas de futuras lesões.

8 - DIAGNÓSTICO

8.1 - ANAMNESE

- ◆ Ulcera ou amputações prévias.
- ◆ Complicações tardias (diminuição de acuidade visual, insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência arterial periférica).
- ◆ Tabagismo.
- ◆ Falta de educação da terapêutica adequada.
- ◆ Necessidade de cuidados preventivos em relação aos pés.

- ◆ Condições socioeconômicas deficientes.

8.2 - EXAME DO PÉ

- ◆ Avaliação do estado dos pés (bom, débil ou mau).
- ◆ Avaliação da higiene (bom, débil ou mau).
- ◆ Presença ou ausência de lesões, (feridas, gretas ou calosidades).
- ◆ Avaliação do estado das unhas (limpas, sujas, encravadas, queratosas ou micóticas).
- ◆ Observação da cor das extremidades (pálido, rosado, cianosado ou marmoreado).
- ◆ Existência de proeminências ósseas ou dos dedos.
- ◆ Rigidez articular.
- ◆ Presença ou ausência de pulsos (pulso pedioso e pulso tíbio-társico).
- ◆ Presença ou ausência da sensibilidade vibratória.
- ◆ Presença ou ausência da sensibilidade dolorosa.

NEUROPATIA:

- Presença de disestesias e/ou diminuição das sensibilidades:

- ◆ Rastreamento da sensibilidade à pressão, é efectuado com o monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstein.
- ◆ Rastreamento da sensibilidade vibratória, é avaliada com o diapasão de 128 HZ.
- ◆ Rastreamento da sensibilidade táctil, com o algodão.
- ◆ A pesquisa de reflexos, com o martelo adequado.

ISQUÊMIA:

- Presença de claudicação ou dor em repouso:

- ◆ Avaliação da cor.
- ◆ Avaliação da temperatura da pele.
- ◆ Avaliação dos pulsos periféricos.
- ◆ Avaliação do IPTB.

8.3 - INSPECÇÃO DE CALÇADO E DE MEIAS

- ◆ Avaliação das características do tipo de calçado e de meias em uso pela pessoa com DM.

9 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE RISCO DA ULCERAÇÃO

9.1 - BAIXO RISCO:

- ◆ Ausência de factores de risco – **vigilância anual.**

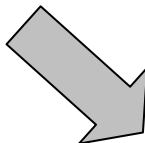
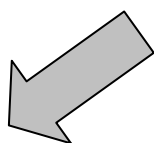
9.2 - MÉDIO RISCO:

- ◆ Presença de neuropatia – **vigilância semestral.**

9.3 - ALTO RISCO:

- ◆ Presença de isquémia e/ou neuropatia e/ou deformidades do pé, ou história de ulceração ou amputação prévia – **vigilância trimestral.**

10 - PROCEDIMENTO DE ENCAMINHAMENTO



<u>ENCAMINHAMENTO PARA ENFERMEIRO</u>	<u>ENCAMINHAMENTO PARA MÉDICO</u>
<ul style="list-style-type: none">◆ Ensinos sobre pé diabético.◆ Despiste de sinais e sintomas de pé diabético.◆ Realização de tratamentos e de pensos, no caso de presença de ulcera.	<ul style="list-style-type: none">◆ Prescrição de AB.◆ Prescrição de AI.◆ Prescrição de AM.◆ Encaminhamento para outros técnicos de saúde específicos.◆ Encaminhamento para outros MCD.

11 - ENSINOS

11.1 - ALIMENTAÇÃO

- ◆ Planear alimentação equilibrada.
- ◆ Incentivar a alimentação equilibrada.
- ◆ Ensinar sobre hábitos alimentares.
- ◆ Facultar informação escrita sobre como alimentar-se.
- ◆ Incentivar prestador de cuidados quando necessário.
- ◆ Instruir prestador de cuidados quando necessário.

11.2 - TERAPÊUTICA

- ◆ Incentivar adesão o regime terapêutico.
- ◆ Negociar adesão ao regime terapêutico.
- ◆ Elogiar adesão ao regime terapêutico.
- ◆ Fornecer glicômetros quando necessário.
- ◆ Ensinar técnicas de pesquisa de glicemias.
- ◆ Ensinar técnica de administração de insulina quando necessário.
- ◆ Ensinar sobre sinais de hipoglicemia.
- ◆ Ensinar sobre sinais de hiperglicemia.
- ◆ Ensinar sobre complicações da diabetes (neuropatias, nefropatias, doença ocular diabética, disfunção erétil e pé diabético).
- ◆ Instruir prestador de cuidados quando necessário.

11.3 - ACTIVIDADE FISICA

- ◆ Analisar auto-cuidado, relativo à actividade física realizada pelo diabético.
- ◆ Negociar o tipo de actividade física.
- ◆ Ensinar sobre actividade física aconselhada.
- ◆ Informar sobre a importância da actividade física no controle da Diabetes.

11.4 - CUIDAR DOS PÉS

- ◆ Ensinar sobre a vigilância dos pés.
- ◆ Treinar sobre a vigilância dos pés.
- ◆ Sensibilizar sobre a importância de cuidar dos pés.
- ◆ Informar sobre complicações / sinais de alerta.
- ◆ Ensinar sobre o tipo de meias a usar.
- ◆ Ensinar sobre o tipo de calçado aconselhável a usar.
- ◆ Instruir prestador de cuidados, sobre a vigilância aos pés quando necessário.

12 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ CIRCULAR NORMATIVA nº 5. **DGS.** (2010-03-22). 6p.

- ◆ CORREIA, L, Gardete, [et al] – **Viver com a diabetes.** Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 233p. ISBN 972-796-108-8.

- ◆ COSTA, Ana Luísa, [et al] –**Pé Diabético. Caminhando para um futuro melhor.** Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Edição Especial. Lisboa: Lidel Editora, 2010. 131p. ISBN 978-972-757-681-4.

- ◆ PEREIRA, Edna – **A Cinderela da Diabetes..** Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 183p. ISBN 972-796-129-0.

PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PÉ DIABÉTICO

A nível internacional tem sido demonstrado que a abordagem e tratamento do pé diabético leva à obtenção de **grandes ganhos** em saúde, **diminuindo o número de amputações** e consequentemente **uma melhor qualidade** de vida.

Realizado por: Enf^ª. Isabel Torres



2010

Anexo XIX – Pedido de autorização ao Conselho técnico, para Implementação do Protocolo

Ao Conselho Técnico da USF
S. João Evangelista dos Lóios.

Assunto: Pedido de autorização para a Implementação do Protocolo de actuação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético

Isabel Cristina R. M. Torres, enfermeira graduada, a fazer a Especialidade e Mestrado em Saúde Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar autorização, para a Implementação do Protocolo de actuação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, na USF S. João Evangelista dos Lóios.

Sabe-se que o Pé Diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes *Mellitus*, sendo responsável por cerca de 70% das amputações realizadas, de causas não traumáticas.

São dados estatísticos que, em Portugal, ocorrem anualmente 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores (média de 2006 a 2008), resultando num esforço acrescido do membro remanescente, que começará com problemas, em apenas ano e meio, seja ou não provido de prótese o membro amputado. Decorridos cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos já terão sofrido a amputação contra lateral.

A actual vivência, exige permanente actualização e aferição de atitudes de acordo com protocolos de actuação, de forma a homogeneizar condutas para melhor aferir resultados.

Segue em anexo Protocolo da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético.

Pretende-se que este protocolo seja do interesse dos colegas de enfermagem, mas também de todos, os que procuram fazer na sua prática diária o melhor que se sabe, sendo este fruto de uma pesquisa e reflexão pessoal, baseado nas directivas da Circular Normativa nº 5 do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes de 22/03/2010 da Direcção Geral de Saúde.

Lisboa, 19 de Outubro de 2010

O Conselho Técnico



Dr. João Evangelista dos Lóios (USF S. João Evangelista dos Lóios)

Enf. Isabel Torres
Enf. Isabel Torres

O Conselho Técnico
Enf. M. B. B. B.

Anexo XX – Carta ao Coordenador, para informar pedido ao Conselho Técnico

Ao Coordenador da USF
S. João Evangelista dos Lóios,
Dr. Hernâni de Sousa

Assunto: Informação sobre o pedido de autorização, para a Implementação do Protocolo de actuação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, ao Conselho Técnico

Isabel Cristina R. M. Torres, enfermeira graduada, a fazer a Especialidade e Mestrado em Saúde Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio informar que solicitou autorização ao Conselho Técnico, para autorizar a Implementação do Protocolo de actuação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, na USF S. João Evangelista dos Lóios.

Sabe-se que o Pé Diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes *Mellitus*, sendo responsável por cerca de 70% das amputações realizadas, de causas não traumáticas.

São dados estatísticos que, em Portugal, ocorrem anualmente 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores (média de 2006 a 2008), resultando num esforço acrescido do membro remanescente, que começará com problemas, em apenas ano e meio, seja ou não provido de prótese o membro amputado. Decorridos cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos já terão sofrido a amputação contra lateral.

A actual vivência, exige permanente actualização e aferição de atitudes de acordo com protocolos de actuação, de forma a homogeneizar condutas para melhor aferir resultados.

Segue em anexo Protocolo da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético.

Pretende-se que este protocolo seja do interesse dos colegas de enfermagem, mas também de todos, os que procuram fazer na sua prática diária o melhor que se sabe, sendo este fruto de uma pesquisa e reflexão pessoal, baseado nas directivas da Circular Normativa n° 5 do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes de 22/03/2010 da Direcção Geral de Saúde.

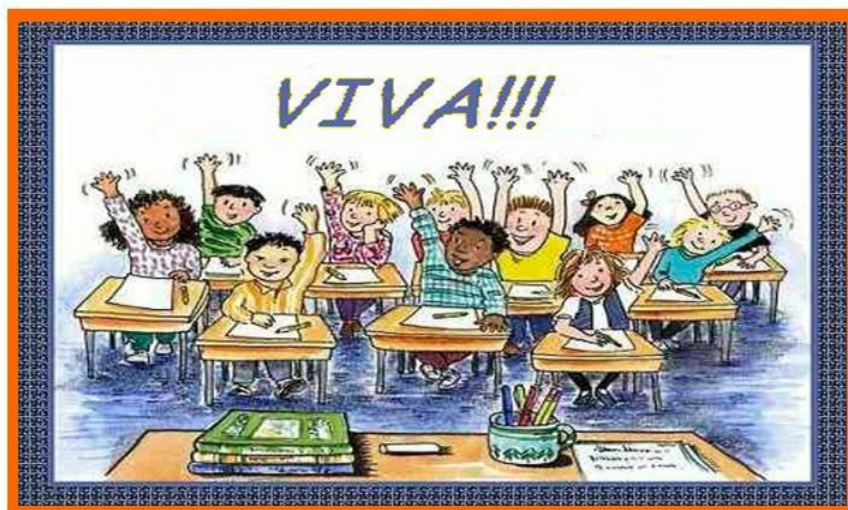
Lisboa, 19 de Outubro de 2010


Dr. Hernâni de Sousa
Coordenador USF S. João Evangelista dos Lóios

19/10/2010


Enf. Isabel Torres

Anexo XXI – Cartaz informativo da apresentação do Protocolo



*Apresentação
do Protocolo
Pé Diabético*

**Dia 12/11/2010,
às 15 horas
na Sala de Reuniões**



Anexo XXII – Plano de Sessão de apresentação do Protocolo

USF DOS LÓIOS / APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO

TEMA: Protocolo de uniformização de actuação, na Consulta de Enfermagem do Pé Diabético		DATA: 12/11/2010	HORA: 15 horas
OBJECTIVOS: Dar a conhecer o protocolo aos enfermeiros e médicos Uniformizar os procedimentos de actuação na Consulta de Enfermagem do Pé Diabético		LOCAL: USF S. João Evangelista dos Lóios	
		TEMPO: 30 minutos	
DESTINATÁRIOS: Equipe de Enfermagem e Equipe médica			
ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	TEMPO
INTRODUÇÃO	<p>Apresentação do tema e dos objectivos a atingir</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prevenção a nível primário ◆ Prevenção a nível secundário ◆ Prevenção a nível terciário ◆ Anamnese ◆ Exame do pé ◆ Neuropatia ◆ Isquémia ◆ Inspeção de calçado e meias ◆ Nível de risco ◆ Encaminhamento ◆ Ensinos (Alimentação, Terapêutica, Actividade física e Cuidar dos pés) 	<p>M. A. E.</p> <p>Expositiva com data-show</p>	5 minutos
DESENVOLVIMENTO		Expositiva com data-show	15 minutos
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Síntese de alguns aspectos focados ◆ Esclarecimento de dúvidas 	Participativa e expositiva com data-show	5 minutos
AValiação	Feita através de diálogo, no final da sessão	Participativa	5 minutos
FORMADOR: Enf.ª Isabel Torres			
BIBLIOGRAFIA: Referenciada em slide, no final da acção de formação			

Poderá haver necessidade de passar a 10 minutos

Anexo XXIII – PowerPoint da apresentação do Protocolo



PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PÉ DIABÉTICO

PROTOCOLO

ADMISSÃO À CONSULTA

- Estar inscrito na USF S. João Evangelista dos Lóios, nas listagens de utentes diabéticos por médico.

DEFINIÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

- São complicações tardias da DM, quer por neuropatia periférica, quer por arteriopatia e susceptibilidade às infecções, que predispõem ao aparecimento das lesões nos pés dos diabéticos, terminando muitas das vezes em amputações.

PROTOCOLO



TÉCNICOS DE SAÚDE

Enfermeiro, médico, e ainda um podologista.

OBJECTIVO GERAL

Redução do número de amputações dos membros inferiores, nas pessoas com DM.

PROTOCOLO

PREVENÇÃO A NÍVEL PRIMÁRIO



- A educação da pessoa com DM e familiares.
- A avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias.
- Cuidados em lesões não ulcerativas.
- Orientação na aquisição de calçado.
- Identificação de sinais de alerta.

PROTOCOLO



PREVENÇÃO A NÍVEL SECUNDÁRIO

- **Observar e classificar o pé diabético.**
- **Excluir a componente vascular.**
- **Detectar e corrigir precocemente as deformações e hiperpressões.**
- **Avaliação dos casos com patologia ulcerativa e/ou isquémica.**

PROTOCOLO



- **Avaliação dos casos com patologia ulcerativa complicada por infecção e/ou necrose, a necessitar de eventual desbridamento cirúrgico e internamento.**
- **Classificar o tipo de grau de ulceração.**
- **Reforço da educação e de medidas preventivas de futuras lesões.**
- **Orientar para outros técnicos de saúde específicos.**

PROTOCOLO



PREVENÇÃO A NÍVEL TERCIÁRIO

- Avaliação de casos clínicos complexos.
- Orientar para intervenções vasculares adequadas.
- Execução de tratamentos.
- Redução da mortalidade.
- Redução da morbidade.
- Reforço de medidas preventivas de futuras lesões.

PROTOCOLO



DIAGNÓSTICO:

ANAMNESE:

- Úlcera ou amputações prévias.
- Complicações tardias (diminuição de acuidade visual, insuficiência renal crónica, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência arterial periférica).
- Tabagismo.
- Falta de educação da terapêutica adequada.
- Necessidade de cuidados preventivos em relação aos pés.
- Condições socioeconómicas deficientes.

PROTOCOLO

EXAME DO PÉ

- **Avaliação do estado dos pés (bom, débil ou mau).**
- **Avaliação da higiene (bom, débil ou mau).**
- **Presença ou ausência de lesões, (feridas, gretas ou calosidades).**
- **Avaliação do estado das unhas (limpas, sujas, encravadas, queratosas ou micóticas).**
- **Observação da cor das extremidades (pálido, rosado, cianosado ou marmoreado).**

PROTOCOLO

- **Existência de proeminências ósseas nos pés, ou nos dedos.**
- **Rigidez articular.**
- **Presença ou ausência de pulsos (pulso pedioso e pulso tíbio-társico).**
- **Presença ou ausência da sensibilidade vibratória.**
- **Presença ou ausência da sensibilidade dolorosa.**

PROCOLO



NEUROPATIA:

Presença de disestesias e/ou diminuição das sensibilidades:

Rastreio da sensibilidade à pressão, é efectuado com o monofilamento de 10 gramas de Semmes-Weinstein.

Rastreio da sensibilidade vibratória, é avaliada com o diapasão de 128 HZ.

Rastreio da sensibilidade táctil, com o algodão.

A pesquisa de reflexos, com o martelo adequado.

PROCOLO



ISQUÉMIA

- Presença de claudicação ou dor em repouso:
- Avaliação da cor.
- Avaliação da temperatura da pele.
- Avaliação dos pulsos periféricos.
- Avaliação do IPTB

PROCOLO



INSPEÇÃO DE CALÇADO E DE MEIAS

- Avaliação das características do tipo de calçado e de meias em uso pela pessoa com DM.

PROCOLO



AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE RISCO DA ULCERAÇÃO

BAIXO RISCO:

Ausência de factores de risco – **vigilância anual.**

MÉDIO RISCO:

Presença de neuropatia – **vigilância semestral.**

ALTO RISCO:

Presença de isquémia e/ou neuropatia e/ou deformidades do pé, ou história de ulceração ou amputação prévia – **vigilância trimestral.**

PROCOLO



ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ENFERMEIRO

- ◆ Ensinos sobre pé diabético.
- ◆ Despiste de sinais e sintomas de pé diabético.
- ◆ Realização de tratamentos e de pensos, no caso de presença de ulcera.

ENCAMINHAMENTO PARA MÉDICO

- ◆ Prescrição de AB.
- ◆ Prescrição de AI.
- ◆ Prescrição de AM.
- ◆ Encaminhamento para outros técnicos de saúde específicos.
- ◆ Encaminhamento para outros MCD.

PROCOLO

ENSINOS



ALIMENTAÇÃO

Planear alimentação equilibrada.

Incentivar a alimentação equilibrada.

Ensinar sobre hábitos alimentares.

Facultar informação escrita sobre como alimentar-se.

Incentivar prestador de cuidados quando necessário.

Instruir prestador de cuidados quando necessário.

PROTOCOLO



TERAPÊUTICA

Incentivar adesão o regime terapêutico.

Negociar adesão ao regime terapêutico.

Elogiar adesão ao regime terapêutico.

Fornecer glicómetros quando necessário.

Ensinar técnicas de pesquisa de glicemias.

PROTOCOLO



Ensinar técnica de administração de insulina quando necessário.

Ensinar sobre sinais de hipoglicémia.

Ensinar sobre sinais de hiperglicémia.

Ensinar sobre complicações da diabetes (neuropatias, nefropatias, doença ocular diabética, disfunção eréctil e pé diabético).

Instruir prestador de cuidados quando necessário.

PROCOLO

ACTIVIDADE FISICA

Analisar auto-cuidado, relativo à actividade física realizada pelo diabético.

Negociar o tipo de actividade física.

Ensinar sobre actividade física aconselhada.

Informar sobre a importância da actividade física no controle da Diabetes.



PROCOLO

CUIDADOS AOS PÉS

Ensinar sobre a vigilância dos pés.

Treinar sobre a vigilância dos pés.

Sensibilizar sobre a importância de cuidar dos pés.

Informar sobre complicações / sinais de alerta.

Ensinar sobre o tipo de meias a usar.

Ensinar sobre o tipo de calçado aconselhável a usar.

Instruir prestador de cuidados, sobre a vigilância aos pés quando necessário.



PROTOCOLO



- CIRCULAR NORMATIVA nº 5. **DGS**. (2010-03-22). 6p.
- CORREIA, L, Gardete, [et al] – **Viver com a diabetes**. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 233p. ISBN 972-796-108-8.
- COSTA, Ana Luísa, [et al] –**Pé Diabético. Caminhando para um futuro melhor**. Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Edição Especial. Lisboa: Lidel Editora, 2010. 131p. ISBN 978-972-757-681-4.
- PEREIRA, Edna – **A Cinderela da Diabetes**. Lisboa: Climepsi Editores, 2004. 183p. ISBN 972-796-129-0.



OBRIGADO A TODOS!

Anexo XXIV – Cartaz de divulgação da Actividade de Rua

SE É DIABÉTICO

INSCREVA-SE

PARTICIPE!!!



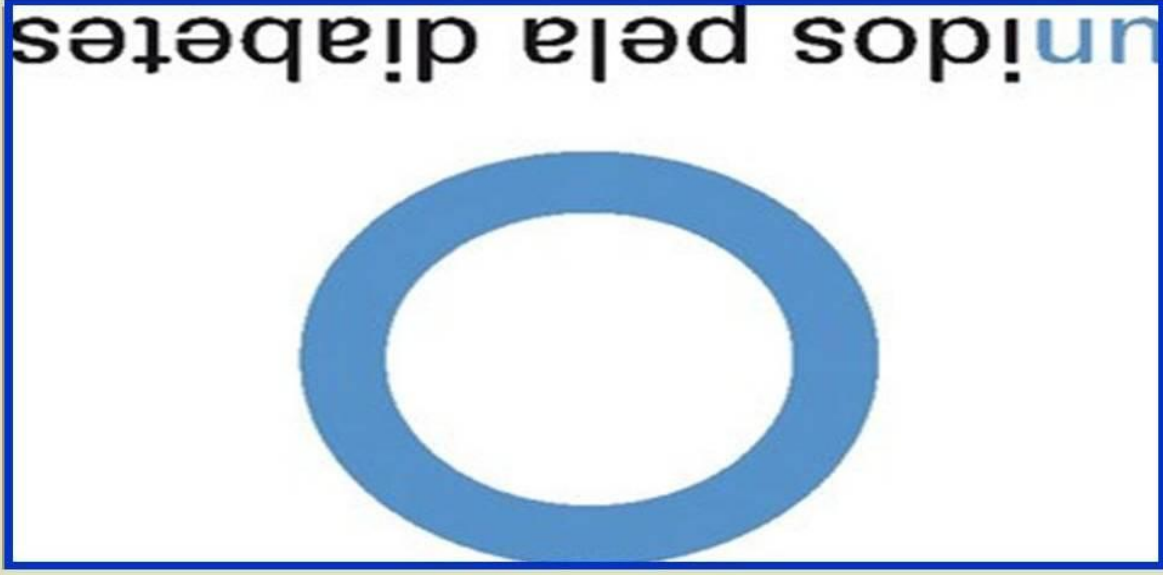
**VENHA CONNOSCO FAZER
EXERCÍCIO**

**No dia 9/11/2010 às 15h45m,
junte-se a nós.**

Oferecemos:

- Exercício
- Boa disposição

Anexo XXV – Certificado de participação na actividade



Certificado de Participação

Certifica-se que, _____

Participou numa actividade de exercício físico, com a finalidade de contribuir para uma melhor prevenção das complicações da Diabetes, e assim alcançar uma melhor “Qualidade de Vida”.

Enf.ª Isabel Torres

09/11/2010

Anexo XXVI – Pedido de autorização, para circulação do panfleto tripartido, ao Conselho Técnico

Ao Conselho Técnico da USF
S. João Evangelista dos Lóios.

Assunto: Pedido de autorização para a distribuição do tripartido "Os Meus Pés" na USF

Isabel Cristina R. M. Torres, enfermeira graduada, a fazer a Especialidade e Mestrado em Saúde Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar autorização, para a distribuição do panfleto tripartido "Os Meus Pés", aos utentes na USF S. João Evangelista dos Lóios.

Sabe-se que o Pé Diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes *Mellitus*, sendo responsável por cerca de 70% das amputações realizadas, de causas não traumáticas.

Segue em anexo o tripartido "Os Meus Pés".

Pretende-se que este tripartido seja útil e elucidativo, para utentes que procuram fazer na sua prática diária, o melhor que conseguem.

Lisboa, 19 de Outubro de 2010

Isabel Torres
Enf. Isabel Torres

Onofre, Conselho Técnico

Dr. José Brito

[Signature]

Maria Manuela Beito

20/10/10

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ARSLVT, IP
C SAÚDE DE MARVILA
USF S. EVANGELISTA DOS LÓIOS
-5-

CVF^d

Anexo XXVII – Pedido de autorização ao Coordenador, de agendamento da Consulta de enfermagem ao Pé em Vita Care

Ao Coordenador da USF
S. João Evangelista dos Lóios,
Dr. Hernâni de Sousa

Assunto: Pedido de autorização para Implementação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, com programação do agendamento em Vita Care, com dia e hora pré-definida.

Isabel Cristina R. M. Torres, enfermeira graduada, a fazer a Especialidade e Mestrado em Saúde Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar autorização, para proceder à Implementação da Consulta de Enfermagem do Pé Diabético, na USF S. João Evangelista dos Lóios, com marcação de dia e hora pré-definida no Sistema Informático Vita Care, com a seguinte calendarização:

- ◆ A primeira Segunda – feira do mês - Consulta do Dr. Brito – Das 12h às 13 h.
- ◆ A primeira Terça – feira do mês - Consulta do Dr. Vasco – Das 10.30h às 11.30 h.
- ◆ A primeira Terça – feira do mês - Consulta do Dr. Hernâni – Das 16h às 17 h.
- ◆ A primeira Quarta – feira do mês – Consulta Dra. Sónia – Das 8h às 9h.
- ◆ A primeira Quinta – feira do mês - Consulta do Dra. Cristina – Das 9.50 às 10.50h.
- ◆ A primeira Sexta – feira do mês - Consulta do Dra. Ana Maria – Das 08h às 09h.

O conceito de cuidado antecipatório nos CSP, implica o desenvolvimento das actividades dos profissionais de saúde, sobre a população de forma a prevenir o aparecimento de doenças, actuando sobre os factores de risco e detectando as doenças que estão numa fase pré-sintomática. Este cuidar antecipado obriga a mudanças qualitativas na organização do trabalho da equipa de enfermagem, passando de uma atitude passiva – dar resposta aos pedidos dos utentes – a outra atitude activa – procurar esses mesmos problemas na comunidade.

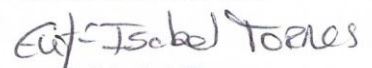
É objectivo da Declaração de St. Vincent, a redução do número de amputações dos membros inferiores nas pessoas com Diabetes *Mellitus*.

A nível internacional tem sido demonstrado que a abordagem e tratamento do pé diabético leva à obtenção de grandes ganhos em saúde, diminuindo o número de amputações e consequentemente uma melhor qualidade de vida.


Dr. Hernâni de Sousa
Coordenador USF S. João Evangelista dos Lóios









19/10/2010

Lisboa, 19 de Outubro de 2010


Enf. Isabel Torres

Anexo XXVIII – Exemplo de agendamento do Vita-Care

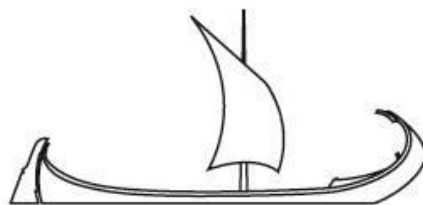
00:00
01:00
02:00
03:00
04:00
05:00

Semana: 03.01.2011 a 09.01.2011							
	Segunda 03.01.2011	Terça 04.01.2011	Quarta 05.01.2011	Quinta 06.01.2011	Sexta 07.01.2011	Sábado 08.01.2011	Domingo 09.01.2011
08:00			Pê  2/6		Pê  0/6		
09:00				Pê  0/1			
10:00		Pê  0/3		Pê  0/5			
11:00		Pê  0/3					
12:00	Pê  0/6						
13:00							
14:00							
15:00							
16:00		Pê  1/6					
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							

Anexo XXIX- Apresentação do 4º Fórum Nacional da Diabetes

4º Fórum Nacional da Diabetes

13 de Novembro de 2010
Parque de Exposições de Aveiro



“Todos no mesmo barco”

www.forum-diabetes.net

Anexo XXX - Poster “Melhor Qualidade de Vida, na Diabetes”

MELHOR QUALIDADE DE VIDA NA DIABETES

USF SÃO JOÃO EVANGELISTA DOS LÓIOS

INTRODUÇÃO

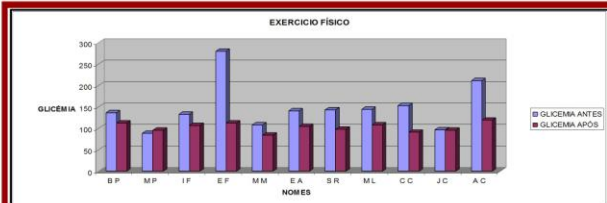
No âmbito da melhoria contínua da qualidade, humanização dos cuidados de saúde e no contexto da Diabetes, organizou-se uma **Actividade de Rua** programada, com diabéticos da USF, para realizar exercício físico; uma vez que a actividade física é um dos três factores principais no controlo glicémico. A **Diabetes** é uma das **doenças crónicas debilitantes**, associada a complicações graves, que representa riscos para as famílias e elevados gastos em saúde. A sua prevalência

em Portugal está a aumentar, no ano 2007 era de 8,2% e em 2009 era de 12,3%. A incidência em 2009 era de 57,6%, tendo vindo a aumentar devido a factores genéticos e ambientais, como a obesidade e o sedentarismo. É **urgente** desenvolver medidas correctivas de **Promoção de Saúde**, assentando na Prevenção Primária da Diabetes, despidiste dos factores de risco, para diminuir a progressão da doença e assim retardar as complicações **Major e Minor**. A nível Secundário, através do diagnóstico precoce e de

tratamento adequado. O **Pé Diabético** é uma das complicações mais graves da DM, sendo responsável por 70% das amputações devidas a causas não traumáticas (amputações 2009: **Minor 760 e Major 860**). Decorridos cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos já terão sofrido a amputação contra lateral. Os doentes têm de aprender a mudar **hábitos e estilos de vida**, para hábitos de Vida com Melhor Qualidade, para assim se obterem **Ganhos em Saúde**, para o diabético e para a sociedade.

METODOLOGIA UTILIZADA

- Planeamento da Actividade Física de Rua;
- Contactada Professora de Educação Física da APDP;
- Marcação de local, dia e hora;
- Convocação de 18 diabéticos, via telefone no sentido de participarem na Actividade;
- Colocação de cartazes informativos da Actividade a realizar, na USF e Associação "Tempos de Mudar";
- Distribuição de t-shirts;
- Realização da Actividade orientada pela professora com duração de 2h30m;
- Avaliação glicémica pela enfermeira, no Pré e Pós da Actividade Física;
- Distribuição de lanche após exercício;
- Avaliação dos resultados glicémicos, em conversa com os diabéticos;
- Reforço de ensinamentos sobre alimentação, actividade física e vigilância dos pés;
- Entrega de Certificado de presença na Actividade de Rua.



AVALIÇÃO

Para alterar os valores glicémicos dos diabéticos, bastam 2 horas de exercício. Dos 11 utentes, 5 são homens e 4 são mulheres com diabetes tipo II e fazem ADO; 2 utentes não são diabéticos. Observou-se que após a actividade física dos nove diabéticos, todos tiveram descida da glicemia. Das duas utentes não diabéticas, uma teve uma ligeira diminuição e a outra utente teve um pequeno aumento, que se justifica porque o organismo, numa situação normal, tenta compensar os gastos de glicose, indo buscar reservas acumuladas nos músculos. Em média houve uma descida de 57,22 mg/dl nos valores glicémicos dos utentes diabéticos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há que mudar os **Hábitos de Vida**, motivar os doentes Diabéticos, a fazer algo por eles próprios, ajudá-los a **consciencializar-se** de que são eles os principais responsáveis por si e pela sua **Saúde**.

A evidência internacional tem demonstrado, que a prevenção e o tratamento do pé diabético, leva à obtenção de **evidentes ganhos em saúde**, por via da diminuição das amputações e da posterior melhoria da **qualidade de vida**, "No H. Stº. António a criação de uma consulta de pé diabético em 1987 levou a uma diminuição drástica do número de amputações maior".

Em Portugal no ano 2009, só no SNS tiveram lugar **1620 amputações não traumáticas dos membros inferiores**, resultando

num esforço acrescido do membro remanescente, que começará com problemas, em apenas ano e meio (seja ou não detentor de prótese no membro amputado).

O principal motivo de internamentos prolongados em camas hospitalares é devido às amputações em utentes diabéticos, no ano de 2009 só no SNS a demora média de internamentos foi de 8,5 dias.

O conceito de Cuidado Antecipatório, implica o desenvolvimento das actividades dos profissionais de saúde, sobre a população, de forma prevenir o aparecimento de doenças, actuando sobre os factores de risco e detectando doenças que estão numa fase pré-sintomática.

O Cuidar antecipatório da enfermagem, obriga a mudanças qualitativas na organização do traba-

lho da equipa de enfermagem, passando de uma atitude passiva (de apenas dar resposta aos pedidos dos utentes), para uma atitude mais activa, promovendo a detecção precoce dos problemas na Comunidade.

Com base neste conceito, de procurar os problemas o mais próximo da sua origem, comunidade, a USF S. João Evangelista dos Lóios, decidiu **Implementar a Consulta de Enfermagem do Pé Diabético**, para prevenção de problemas **Minor e Major**, da Diabetes. Esta consulta, teve início em Janeiro de 2011, melhorando a **qualidade do Cuidar** do atendimento em enfermagem e neste âmbito, prevenindo grandes problemas com elevados **Ganhos em Saúde**.

**A PREVENIR...
...TODOS GANHAMOS!!!**

AQUI VAMOS NÓS!...



CONHECEMO-NOS...



FIZÉMOS EXERCÍCIO...



REGRESSAMOS...



E... RELAXAMOS!...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- DUARTE Rui [et al] - Diabetologia clínica 3ª ed. Lisboa: Editora Lidel, 2002. 441 p ISBN 972-757-162-X.
- NORMA nº5. DGS. (21/01/2011) 3p.
- OBSERVATÓRIO DA DIABETES. Diabetes factos e números 2010. 51p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Direcção dos Serviços de Cuidados de Saúde - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: 2008. XXIV p ISBN 978-972-675-180-9.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos - Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol I - Prioridades. 88p. - Vol II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN 972-675-108-X.

Realizado por:
Enfª. Isabel Torres

Orientado por:
Enfª. Manuela Brito



Anexo XXXI – Resumo do Poster

MELHOR QUALIDADE DE VIDA NA DIABETES

1 - INTRODUÇÃO

Este Poster tem como fim apresentação dos resultados de uma actividade de rua realizada na USF S. João Evangelista dos Lóios. No âmbito da melhoria contínua da qualidade, humanização dos cuidados de saúde e no contexto da Diabetes, organizou-se uma **Actividade de Rua** programada, com diabéticos da USF, para realizar exercício físico; uma vez que a actividade física é um dos três factores principais no controlo glicémico.

A **Diabetes** é uma das **doenças crónicas debilitantes**, associada a complicações graves, que representa riscos para as famílias e elevados gastos em saúde. A sua prevalência em Portugal está a aumentar, no ano 2007 era de 8,2% e em 2009 era de 12,3%. A incidência em 2009 era de 57,6%, tendo vindo a aumentar devido a factores genéticos e ambientais, como a obesidade e o sedentarismo.

É **urgente** desenvolver medidas correctivas de **Promoção de Saúde**, assentando na Prevenção Primária da Diabetes, despiste dos factores de risco, para diminuir a progressão da doença e assim retardar as complicações *Major* e *Minor*. A nível Secundário, através do diagnóstico precoce e de tratamento adequado. O **Pé Diabético** é uma das complicações mais graves da DM, sendo responsável por 70% das amputações devidas a causas não traumáticas (amputações 2009: *Minor* 760 e *Major* 860). Decorridos cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos já terão sofrido a amputação contra lateral.

Os doentes têm de aprender a mudar **hábitos e estilos de vida**, para hábitos de Vida com Melhor Qualidade, para assim se obterem **Ganhos em Saúde**, para o diabético e para a sociedade.

2 – OBJECTIVOS

- ◆ Demonstrar a importância da Actividade Física, junto dos utentes diabéticos;
- ◆ Dar a conhecer resultados da Actividade de Rua realizada, junto de utentes diabéticos da USF.

3 - METODOLOGIA UTILIZADA

- ◆ Planeamento da Actividade Física de Rua;
- ◆ Contactada Professora de Educação Física da APDP;
- ◆ Marcação de local, dia e hora;
- ◆ Convocação de 18 diabéticos, via telefone no sentido de participarem na Actividade;
- ◆ Colocação de cartazes informativos da Actividade a realizar, na USF e Associação “Tempos de Mudar”;
- ◆ Distribuição de t-shirts;
- ◆ Realização da Actividade orientada pela professora com duração de 2h30m;
- ◆ Avaliação glicémica pela enfermeira, no Pré e Pós da Actividade Física;
- ◆ Distribuição de lanche após exercício;
- ◆ Avaliação dos resultados glicémicos, em conversa com os diabéticos;
- ◆ Reforço de ensinamentos sobre alimentação, actividade física e vigilância dos pés;

4 - AVALIAÇÃO

Para alterar os valores glicémicos dos diabéticos, bastam 2 horas de exercício. Dos 11 utentes, 5 são homens e 4 são mulheres com diabetes tipo II e fazem ADO; 2 utentes não são diabéticos. Observou-se que após a actividade física dos nove diabéticos, todos tiveram descida da glicemia. Das duas utentes não diabéticas, uma teve uma ligeira diminuição e a outra utente teve um pequeno

aumento, que se justifica porque o organismo, numa situação normal, tenta compensar os gastos de glicose, indo buscar reservas acumuladas nos músculos. Em média houve uma descida de 57,22 mg/dl nos valores glicémicos dos utentes diabéticos.

5 - CONCLUSÃO

Há que mudar os **Hábitos de Vida**, motivar os doentes Diabéticos, a fazer algo por eles próprios, ajudá-los a **consciencializar-se** de que são eles os principais responsáveis por si e pela sua **Saúde**.

A evidência internacional tem demonstrado, que a prevenção e o tratamento do pé diabético, leva à obtenção de evidentes **ganhos em saúde**, por via da diminuição das amputações e da posterior melhoria da **qualidade de vida**, “*No H. Stº. António a criação de uma consulta de pé diabético em 1987 levou a uma diminuição drástica do número de amputações major*”.

Em Portugal no ano **2009**, só no SNS tiveram lugar **1620 amputações não traumáticas dos membros inferiores**, resultando num esforço acrescido do membro remanescente, que começará com problemas, em apenas ano e meio (seja ou não detentor de prótese no membro amputado).

O principal motivo de internamentos prolongados em camas hospitalares é devido às amputações em utentes diabéticos, no ano de 2009 só no SNS a demora média de internamentos foi de 8,5 dias.

O conceito de Cuidado Antecipatório, implica o desenvolvimento das actividades dos profissionais de saúde, sobre a população, de forma prevenir o aparecimento de doenças, actuando sobre os factores de risco e detectando as doenças que estão numa fase pré-sintomática.

O **Cuidar** antecipatório da enfermagem, obriga a mudanças qualitativas na organização do trabalho da equipa de enfermagem, passando de uma atitude

passiva (de apenas dar resposta aos pedidos dos utentes), para uma atitude mais activa, promovendo a detecção precoce dos problemas na Comunidade.

Com base neste conceito, de procurar os problemas o mais próximo da sua origem, comunidade, a USF S. João Evangelista dos Lóios, decidiu **Implementar a Consulta de Enfermagem do Pé Diabético**, para prevenção de problemas *Minor* e *Major*, da Diabetes. Esta consulta, teve início em Janeiro de 2011, melhorando a **qualidade do Cuidar** do atendimento em enfermagem e neste âmbito, prevenindo grandes problemas com elevados Ganhos em Saúde.

A PREVENIR....

...TODOS GANHAMOS!!!!

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUARTE, Rui [et al.] – **Diabetologia clínica**. 3ª ed. Lisboa: Editora Lidel, 2002. 441 p. ISBN 972-757-162-X.

NORMA, nº5. **DGS**. (2011-01-21). 3P.

OBSERVATÓRIO DA DIABETES. **Diabetes factos e números 2010**. 51p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Direcção dos Serviços de Cuidados de Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes**. Lisboa: 2008. XXIV p. ISBN 978-972-675-180-9.

PORTUGAL: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**: mais saúde para todos – Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2004. – 2 v. –Vol I – Prioridades, 88p. – Vol II – Orientações estratégicas, 216 p. ISBN 972-675-108-X.

Anexo XXXII – Pedido de autorização ao coordenador para afixação do Poster

Ao Coordenador da USF
S. João Evangelista dos Lóios,
Dr. Hernâni de Sousa

Assunto: Pedido de autorização para colocação do Poster “Melhor Qualidade de Vida na Diabetes”, em exposição na USF

Isabel Cristina R. M. Torres, enfermeira graduada, a fazer a Especialidade e Mestrado em Saúde Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar autorização, para colocação do Poster, “Melhor Qualidade de Vida na Diabetes”, em exposição na sala de espera dos utentes, da USF

Segue em anexo o resumo do Poster, para apreciação. O conceito de cuidado antecipatório nos CSP, implica o desenvolvimento das actividades dos profissionais de saúde, sobre a população de forma a prevenir o aparecimento de doenças, actuando sobre os factores de risco e detectando as doenças que estão numa fase pré-sintomática. Este cuidar antecipado obriga a mudanças qualitativas na organização do trabalho da equipa de enfermagem, passando de uma atitude passiva – dar resposta aos pedidos dos utentes – a outra atitude activa – procurar esses mesmos problemas na comunidade.

Lisboa, 20 de Dezembro de 2010


Enf. Isabel Torres



Dr. Hernâni de Sousa
Coordenador USF S. João Evangelista dos Lóios