



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Comunitária

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA EM PESSOAS
COM DIABETES TIPO 2:
CAPACITAR PARA PREVENIR O PÉ DIABÉTICO**

*COMMUNITY NURSING INTERVENTION IN PEOPLE WITH TYPE 2
DIABETES:
EMPOWERING TO PREVENT DIABETIC FOOT*

Por

Ana Isabel Canilho Almeida Francês

Lisboa, 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Comunitária

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA EM PESSOAS
COM DIABETES TIPO 2:
CAPACITAR PARA PREVENIR O PÉ DIABÉTICO**

*COMMUNITY NURSING INTERVENTION IN PEOPLE WITH TYPE 2
DIABETES:
EMPOWERING TO PREVENT DIABETIC FOOT*

Por

Ana Isabel Canilho Almeida Francês

Sob orientação da Professora Doutora Cândida Ferrito

Lisboa, 2019

Winners are not those who never fail, but those who never quit.

Banksy

AGRADECIMENTOS

Quero expressar o meu mais profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta etapa da minha vida.

À Professora Cândida Ferrito, pela orientação científica, disponibilidade e incentivo.

À orientadora clínica, Enfermeira Sandra Esteves, pela orientação marcada pela partilha de conhecimentos, pelo apoio e amizade.

À equipa multiprofissional da Unidade de Cuidados na Comunidade onde decorreu o Estágio Final.

A todos os participantes do projeto de intervenção comunitária descrito neste Relatório.

À minha equipa [Cardiologia] pela força e coragem, aliadas à amizade. Um agradecimento especial para a Enfermeira Deolinda Viana.

Às guerreiras, as melhores companheiras que poderia ter neste percurso.

À minha madrinha pelo apoio fundamental ao longo deste trajeto, sem a qual não teria sido possível.

Aos meus pais pelo apoio e carinho que sempre me proporcionaram.

Ao André por todo o amor com que sempre me brindou, companheirismo, e pela paciência demonstrada no decurso desta etapa.

À Maria e ao Miguel, pela ausência. Espero ser um exemplo para vocês.

A toda a família e amigos pelo incentivo e encorajamento neste percurso de desenvolvimento pessoal e profissional.

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial que traz novos desafios aos indivíduos em particular e à sociedade em geral, aumentando a carga global de doenças crónicas não transmissíveis.

A Diabetes *mellitus* e as suas complicações são uma ameaça de relevo à saúde das pessoas pois aumentam a mortalidade e a incapacidade, condicionando a sua qualidade de vida. O pé diabético é considerado uma das complicações mais graves da diabetes, pelo sofrimento humano individual e coletivo que provoca, assim como pela incapacidade física, psicológica e económica. A perda de mobilidade, a necessidade de internamentos recorrente, as taxas de amputação elevadas e os onerosos custos para a sociedade, fazem com que a sua prevenção constitua um desafio para a saúde pública.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é o profissional especializado na promoção da capacitação de grupos e comunidades, desenvolvendo estratégias de intervenção comunitária afim de colmatar necessidades identificadas. Age como promotor da mudança de comportamentos, contribuindo para a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Este documento pretende relatar a intervenção comunitária desenvolvida numa Unidade de Cuidados na Comunidade da área urbana de Lisboa, no período de 03 de setembro a 19 de dezembro de 2018 com a finalidade de promover o autocuidado aos pés, a pessoas com diabetes. O projeto implementado foi sustentado pela metodologia do Planeamento em Saúde e pelo referencial teórico de Dorothea Orem com a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado.

Para a realização do diagnóstico de situação foi feita recolha de dados proveniente da aplicação de um questionário e da observação dos pés a 17 participantes. Após a análise dos dados foi identificado défice de autocuidado, de conhecimento e de autovigilância dos pés. Para dar resposta a estas necessidades, foram selecionadas as seguintes estratégias: educação para a saúde, envolvimento da

equipa multiprofissional e mobilização de recursos da comunidade. Neste sentido, foram desenvolvidas atividades com o objetivo de promover a aquisição de conhecimentos e desenvolver nas pessoas habilidades necessárias para a realização do autocuidado aos pés. Planeadas e realizadas duas sessões de educação para a saúde em grupo, interativas, com o objetivo de estimular a aprendizagem e a partilha de experiências e competências. Articulada uma parceria com a Associação de Amigos e Moradores do Bairro, que cedeu o espaço físico para as sessões de educação para a saúde. Elaborámos como instrumentos de apoio, materiais educativos dirigidos aos participantes, redigidos com linguagem simples e clara para facilitar a sua compreensão. Foram planeadas e implementadas estratégias para que o projeto tenha continuidade, nomeadamente a apresentação do projeto à equipa, a criação de uma pasta digital com a compilação da documentação utilizada no projeto de intervenção comunitária e a calendarização da reavaliação do mesmo.

Os objetivos específicos traçados foram atingidos após avaliação através dos indicadores de atividade, resultado e estrutura definidos.

Este percurso permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária.

Palavras-chaves: Enfermagem Comunitária, Pé Diabético, Prevenção, Autocuidado, Educação para a Saúde

ABSTRACT

Population ageing is a global reality that brings new challenges to individuals and to society in general, increasing the global burden of chronic non-communicable diseases.

Diabetes mellitus and its complications are a major threat to society's health as they increase mortality and incapacity, conditioning their quality of life. Diabetic foot is considered one of the most serious complications of diabetes, by the individual and collective human suffering it causes, as well as physical, psychological and economic incapacity. Loss of mobility, the need for recurrent hospitalization, high amputation rates and high costs to society makes their prevention a challenge to public health.

Nurse Specialist in Community Nursing is the professional specialized in promoting the capacity of groups and communities, developing community intervention strategies to rectify their needs. Acts as a promoter of behavior change, contributing to health promotion and disease prevention.

This document intends to describe the community intervention developed in a Community Care Unit in the urban area of Lisbon, from September 3 to December 19 of 2018 with the purpose of promoting feet self-care of people with diabetes. The implemented project was supported by the Health Planning methodology and the theoretical reference of Dorothea Orem with the Nursing Theory of Self-Care Deficit.

To carry out the diagnosis phase the data collection was performed through a questionnaire and foot observation of 17 participants. After analysing the data, it was identified self-care deficit, lack of knowledge and feet self-monitoring. To respond to these needs, the following strategies were selected: health education, multi-disciplinary team involvement and mobilizing community resources. For that purpose, activities were developed with the goal of promoting the acquisition of knowledge and developing in people the necessary skills for feet self-care. Two

interactive group health education sessions were planned and held to encourage learning and sharing of experiences and competencies. Those sessions were supported by a local partnership with “Associação de Amigos e Moradores do Bairro”, which provided the physical space and other resources. It was also prepared educational material addressed to the participants, written with simple and clear messages to enable their understanding. Strategies were planned for the project continuity, namely the presentation of the project to the team, a digital folder with a compilation of the documentation used in the community intervention project and the scheduling of the re-assessment.

The proposed specific goals were achieved based on evaluation through the indicators of activity, results and structure defined.

This path allowed the personal and professional development of competences within the scope of community nursing.

Keywords: Community Nursing, Diabetic Foot, Prevention, Self-Care, Health Education.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CV - Cirurgia Vascular

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM - Diabetes *mellitus*

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ICN - *International Council of Nurses*

IDF - *International Diabetes Federation*

ITB - Índice Tornozelo-Braço

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

PD - Pé Diabético

PIC - Projeto de Intervenção Comunitária

PLS - Plano Local de Saúde

PND - Programa Nacional para a Diabetes

PNS - Plano Nacional de Saúde

SAPE - Serviço de Apoio à Prática Clínica

SDSCA - *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UF - Unidade Funcional

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. DIABETES – Passado, Presente e Futuro.....	14
1.2. PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO.....	16
1.2.1. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES.....	20
1.3. TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM.....	22
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: CAPACITAR PARA PREVENIR O PÉ DIABÉTICO.....	25
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	25
2.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	26
2.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO.....	28
2.1.3. RECOLHA DE DADOS.....	29
2.1.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
2.1.5. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	41
2.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	42
2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	43
2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	45
2.5. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	47
2.6. AVALIAÇÃO.....	50
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	55
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICES	
Apêndice 1. Pedido de autorização ao ACeS para usar dados clínicos/nome UCC	

Apêndice 2. Pedido de autorização à autora do questionário utilizado na recolha de dados

Apêndice 3. Consentimento livre e esclarecido

Apêndice 4. Dados estatísticos provenientes do questionário

Apêndice 5. Dados estatísticos provenientes da avaliação risco pé diabético

Apêndice 6. Articulação de parceria com Associação dos Amigos e Moradores do Bairro

Apêndice 7. Cronograma de GANTT

Apêndice 8. Plano e apresentação em *PowerPoint* da sessão de educação para a saúde intitulada “Cuide dos seus pés”

Apêndice 9. Folheto informativo “Cuide dos seus Pés”

Apêndice 10. Plano e apresentação em *PowerPoint* da sessão de educação para a saúde intitulada “CUIDE PARA PREVENIR”

Apêndice 11. *Checklist* “CUIDE PARA PREVENIR”

Apêndice 12. Apresentação em *PowerPoint* do PIC à equipa de enfermagem da UCC

Apêndice 13. GUIA RÁPIDO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DIABÉTICA

Apêndice 14. Poster científico intitulado “Estratégias de Educação para a Saúde na prevenção de quedas de idosos no domicílio: a *scoping review*”

ANEXOS

Anexo 1. Questionário utilizado na recolha de dados

Anexo 2. Orientação nº003/2011 da DGS

Anexo 3. Avaliação do risco de úlcera diabética existente no programa Sclínico da UCC

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etiopatogenia do pé diabético.....	19
Figura 2. Mesa de apoio para observação aos pés	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição por sexo	34
Gráfico 2. Distribuição por faixa etária	34
Gráfico 3. Distribuição por situação profissional	35
Gráfico 4. Distribuição por Índice de Graffar	36
Gráfico 5. Distribuição por anos com DM	36
Gráfico 6. Distribuição segundo dados da anamnese.....	40
Gráfico 7. Distribuição por risco de ulceração	40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra no autocuidado aos pés	38
Tabela 2. Avaliação através de indicadores de atividade	51
Tabela 3. Avaliação através de indicadores de resultado.....	51

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivos específicos, metas e indicadores do resultado.....	43
Quadro 2. Indicadores de atividade	44
Quadro 3. Atividades realizadas	48

INTRODUÇÃO

O presente Relatório insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na unidade curricular Estágio Final e Relatório.

Pretende descrever de forma clara e objetiva o trabalho desenvolvido no decorrer do estágio realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da área urbana de Lisboa entre 03 de setembro e 19 de dezembro de 2018, bem como uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências ao longo deste percurso.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especialista tem competências ao nível de julgamento crítico e da tomada de decisão, demonstrando um conhecimento aprofundado das respostas das pessoas ao seu desenvolvimento no decorrer do ciclo vital e dos problemas de saúde. Envolvendo estratégias de educação para a saúde, de orientação, aconselhamento e liderança, sempre fundamentado na evidência científica mais atual.

Na área da especialização em Enfermagem Comunitária, o enfermeiro para além das competências acima descritas é também reconhecido como o profissional que avalia o estado de saúde das comunidades, identificando os determinantes sociais e de saúde, cooperando na vigilância epidemiológica, elaborando projetos adequados às necessidades detetadas, implementando intervenções, monitorizando e fazendo a avaliação das mesmas, com vista à capacitação de grupos e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Ao longo do estágio foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária baseado na metodologia do Planeamento em Saúde, onde se realizou uma avaliação das necessidades de saúde da comunidade abrangida e dos recursos disponíveis, promovendo a responsabilização e envolvimento da comunidade de

modo a contribuir para a satisfação dessas necessidades. Durante o diagnóstico de situação, destacou-se a Diabetes *mellitus* (DM) como um problema priorizado na área de abrangência da UCC, tendo a equipa de enfermagem apontado a prevenção do pé diabético como uma necessidade de saúde desta comunidade.

Deste modo foi realizada uma revisão da literatura sobre a temática, que evidenciou o pé diabético como uma patologia que causa perda de mobilidade, incapacidade física, psicológica e económica e ainda é responsável por elevadas taxas de amputação não traumática. Pelo impacto negativo que o pé diabético tem na sociedade, constituindo um sério problema de saúde pública, foi decidido por nós intervir na sua prevenção.

Impunha-se contribuir para a capacitação da pessoa com diabetes para o autocuidado aos pés, de modo a envolver esta comunidade na gestão da sua doença com a finalidade de prevenir o pé diabético.

Neste sentido, o projeto foi norteado pelo referencial teórico de Dorothea Orem com a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado.

Este Relatório está dividido em 4 capítulos, o primeiro faz um enquadramento da temática e da sua pertinência na atualidade. O segundo capítulo é focado nas diversas etapas do planeamento em saúde para a consecução do projeto de intervenção comunitária. No seguinte é feita uma reflexão sobre as competências comuns de Enfermeiro Especialista, específicas da área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Mestre desenvolvidas no decurso do estágio. No quarto e último são feitas as considerações finais mais relevantes deste percurso.

A redação deste documento foi realizada segundo o novo acordo ortográfico e em conformidade com a norma *American Psychological Association* (6ª edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Assiste-se em todo o mundo a uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico e Portugal não é exceção (Ministério da Saúde, 2018). O envelhecimento demográfico é atualmente uma realidade no mundo, surge da combinação da queda das taxas de fertilidade e do aumento da esperança média de vida à nascença. Temos acompanhado as transformações demográficas no nosso país onde se destaca um decréscimo da população jovem e da taxa de natalidade e um aumento da longevidade e da população idosa, o qual é traduzido por uma população cada vez mais envelhecida (Direção-Geral da Saúde, 2017a). O envelhecimento é uma conquista para todos os indivíduos da sociedade, que se deve ao avanço económico, social e biomédico (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013). Esta inversão demográfica acarreta novos desafios para a sociedade, pois o elevado número de pessoas com doenças crónicas é real. Por sua vez, o perfil epidemiológico mudou quando as condições sanitárias e de higiene melhoraram e em conjunto com a implementação de um programa nacional de vacinação, se deu a mudança do paradigma das doenças infecciosas (Ministério da Saúde, 2018).

Toda a conjuntura acima referida faz com que as doenças crónicas sejam consideradas as causas mais comuns de óbito em todos os continentes com exceção do continente africano (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2010).

Vários autores afirmam que é possível prevenir em larga escala as doenças crónicas que provocam a morte ou a perda de qualidade de vida pois a maior parte dos fatores de risco são conhecidos e passíveis de serem modificados (Bonita *et al.*, 2010).

1.1. DIABETES – Passado, Presente e Futuro

Temos vindo a presenciar um aumento significativo da Diabetes *mellitus* por todo o mundo, mais usualmente denominada por diabetes, razão pela qual se optou por esta designação ao longo do relatório (International Diabetes Federation, 2017b).

A diabetes é uma doença crónica, caracterizada por níveis elevados de glicose (hiperglicemia) no sangue, no caso da DM tipo 1, o pâncreas é incapaz de produzir insulina, já na DM tipo 2 as células do corpo não respondem adequadamente à insulina produzida (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2017). Existem outros tipos de diabetes que não serão abordados neste trabalho, por não serem alvo do presente documento.

Estima-se a existência de 425 milhões de pessoas com diabetes em 2017 prevendo-se que em 2045 o valor ascenderá aos 629 milhões, o que significa um incremento de 48% em pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (International Diabetes Federation, 2017b). Estes factos suportam a decisão da Organização Mundial de Saúde ao considerar a diabetes a pandemia do século XXI traduzindo-se como um grave problema de saúde pública (Direção-Geral da Saúde, 2017c).

Segundo a 8ª edição do Atlas da Diabetes (International Diabetes Federation, 2017b), a Europa apresenta uma taxa de prevalência média de 6.8% em 2017 (58 milhões de pessoas), estimando que em 2045 a prevalência seja de 10.2% o que significa um aumento de 16% do número de pessoas com diabetes (67 milhões).

De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016), em 2015 mais de 1 milhão de pessoas a residir em Portugal num universo de 7,7 milhões com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos apresenta diabetes, correspondendo a 13,3% da população. De acordo com dados revelados no Relatório de Saúde de 2017 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal apresenta uma prevalência de diabetes de 9,9%, ocupando uma posição cimeira entre os países constituintes (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2017).

No documento intitulado Retrato da Saúde 2018 pode ler-se que a diabetes afeta 10% da população portuguesa entre os 25 e os 74 anos, principalmente os homens e os grupos etários com mais idade: 23,8% dos indivíduos com idades entre os 65 e os 74 anos (Ministério da Saúde, 2018).

A diabetes está entre as principais doenças crónicas, sendo responsável por 1.1 milhão de óbitos/ano. Prevê-se que em 2030 a diabetes seja responsável por 4 em cada 10 mortes entre adultos com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, caso não haja maior investimento na prevenção (Bonita *et al.*, 2010; Ministério da Saúde, 2018)

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016, p.5) declara que, “A prevalência continua a aumentar, o que significa que não podemos baixar a guarda na luta sem tréguas contra a pandemia da Diabetes“. A mesma Instituição refere que este aumento tem origem multifatorial: o envelhecimento da população, as alterações alimentares, culturais e sociais, a crescente urbanização, o sedentarismo e estilos de vida não saudável, bem como outros padrões de comportamento.

Reforçado pelo documento emanado pela World Health Organization (2013), *Health 2020*, que afirma que 80% da mortalidade prematura por diabetes é evitável e que é mandatário que todos os países desenvolvam programas nacionais intersectoriais com metas e objetivos sobre os principais desafios relacionados com as doenças não transmissíveis, de modo a apostar na prevenção. Este documento está alinhado com a Carta de Ottawa aprovada na primeira conferência internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, que apela a todas as instituições governamentais e não governamentais à implementação de políticas saudáveis e que reconheçam a saúde e a sua manutenção como o maior investimento e desafio social com o objetivo de atingir Saúde para Todos até ao ano 2000 (World Health Organization, 1986).

Para além da mortalidade provocada pela diabetes, é fundamental referir as suas complicações crónicas. Pessoas com diabetes são mais propensas a sofrerem de doenças cardiovasculares, perda da visão, amputação dos membros inferiores e insuficiência renal (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; World Health Organization, 2016a).

As complicações associadas à diabetes, podem ocorrer em vários órgãos do corpo humano, como os rins, olhos e pés, consideradas complicações microvasculares. Também pode provocar complicações macrovasculares, como é o caso do acidente vascular cerebral ou do enfarte agudo do miocárdio (Direção-Geral da Saúde, 2017c).

Estas complicações trazem sofrimento humano aos indivíduos e familiares quer pela incapacidade física, psicológica e económica, quer pelos custos elevados para os próprios e para a sociedade em geral (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016; World Health Organization, 2016). O último relatório do Observatório Nacional da Diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016), afirma que o valor gasto com os diabéticos em 2015 representou 1% do produto interno bruto português e 12% da despesa total da saúde no mesmo ano.

No próximo subcapítulo iremos abordar a problemática das complicações da diabetes, especificamente o pé diabético e a importância da sua prevenção.

1.2. PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Vários autores afirmam que o pé diabético é uma das complicações mais graves e frequentes da diabetes, ocasionando perda de mobilidade e sendo responsável por 40 a 60% das amputações não traumáticas (Costa Almeida *et al.*, 2006; Padilha *et al.*, 2017). As taxas de amputação em pessoas com diabetes são 10 a 20 vezes maiores que em pessoas sem esta patologia (World Health Organization, 2016a). Verifica-se que no espaço de cinco anos após a primeira amputação, mais de metade dos casos terão sofrido amputação contralateral (Direção-Geral da Saúde, 2011a).

Apesar do número de amputações dos membros inferiores em 2016 ter diminuído, o pé diabético continua a ser um problema de saúde pública pela incapacidade que provoca (Direção-Geral da Saúde, 2017c). Há um caminho pela frente que se iniciou em 1989 quando Portugal assinou a Declaração de St. Vincent em Itália, comprometendo-se a reduzir as principais complicações da diabetes, onde se destacava a diminuição das amputações não traumáticas dos membros inferiores como um dos objetivos (Pereira, 2004).

Portugal tem implementado um programa para controlar a diabetes desde a década de 70, onde integra os vários níveis de prevenção e gestão da doença (World Health Organization, 2016b) e tem sofrido reformulações sempre que necessário no sentido de se alinhar com as políticas nacionais e internacionais. O atual Programa Nacional para a Diabetes (PND) preconiza a avaliação regular do risco de úlcera diabética já que considera “o pé diabético (...) uma das complicações da diabetes responsável por elevados graus de incapacidade condicionando perda de qualidade de vida das pessoas” (Direção-Geral da Saúde, 2017c).

Costa Almeida *et al.* (2006, p.6) defendem que “A melhor maneira de lidar com o pé diabético é evitar o seu aparecimento.”. Corroborando esta afirmação o PND determina que o diagnóstico precoce das complicações crónicas da diabetes, particularmente do pé diabético é indispensável e reforça a necessidade da avaliação do cálculo de risco do pé diabético a todas as pessoas com diabetes (Direção-Geral da Saúde, 2017c).

Ao longo dos anos a DGS tem emanado orientações e normas dirigidas a todos os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde com o objetivo de reduzir a incidência do pé diabético. Caso disso é a Norma nº005/2011 intitulada “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético”, na qual se anuncia que “Todas as pessoas com diabetes são avaliadas anualmente com o objectivo de serem identificados factores de risco condicionantes de lesões dos pés.”(Direção-Geral da Saúde, 2011a, p.1). Segundo esta norma, o exame clínico dos pés deve ser classificado e registado no processo clínico individual, estratificado em três níveis de ulceração: baixo risco (ausência de factores de risco), médio risco (presença de neuropatia) e alto risco (existência de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia). Recomenda a vigilância consoante o risco: para baixo risco uma vigilância anual, para médio risco deverá ser semestral e uma vigilância cada 1 a 3 meses no caso de pessoas com alto risco de ulceração. Justificam a necessidade de cumprir esta avaliação demonstrando a evidência afirmando “o rastreio sistemático do pé diabético leva à diminuição acentuada do número de amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e de qualidade de vida.”(Direção-Geral da Saúde, 2011a, p.3).

A gestão da diabetes pode e deve ser reforçada através do uso de normas e protocolos (World Health Organization, 2016).

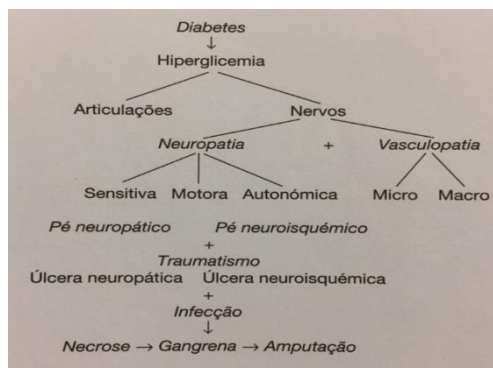
A Orientação nº003/2011 intitulada “Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético”, explana os objetivos dos três níveis de prestação de cuidados de saúde a implementar e a necessidade da criação de equipas especializadas, designadas por “equipa do pé diabético”(Direção-Geral da Saúde, 2011b, p.1):

- Nível I – Educação da pessoa com diabetes e familiares, avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias, cuidados em lesões não ulcerativas, tratamento de úlceras superficiais e a monitorização da patologia ulcerativa em acompanhamento hospitalar.
Cada ACeS organiza uma equipa constituída por médico, enfermeiro e podologista (Direção-Geral da Saúde, 2011a).
- Nível II - Avaliação dos casos com patologia ulcerativa e/ou isquémica, complicada por infeção e/ou necrose, a necessitar de eventual desbridamento cirúrgico ou internamento e reforço da educação e de medidas preventivas de futuras lesões.
Cada centro hospitalar organiza uma equipa constituída por médico endocrinologista ou internista, ortopedista ou cirurgião geral, enfermeiro e podologista (Direção-Geral da Saúde, 2011a).
- Nível III: Avaliação de casos clínicos complexos, identificação da necessidade de avaliação vascular, proceder a intervenções vasculares adequadas e o reforço de medidas preventivas de futuras lesões.
Cada centro hospitalar organiza uma equipa constituída por médico endocrinologista ou internista, ortopedista, cirurgião vascular, fisiatra, enfermeiro, podologista e técnico de ortóteses (Direção-Geral da Saúde, 2011a).

As alterações circulatórias periféricas salientam-se como a principal causa de internamento por diabetes nos últimos anos (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). A redução do fluxo sanguíneo, combinado com danos nos nervos dos pés, aumentam a probabilidade de se desenvolverem úlceras nos pés, infeção e uma eventual necessidade de amputação *minor* ou *major* dos membros

inferiores (World Health Organization, 2016a). Considera-se importante distinguir a origem do pé diabético, pelo que é fundamental referir quais as causas e mecanismos patogénicos subjacentes ao mesmo (Figura 1).

Figura 1. Etiopatogenia do pé diabético



Fonte: Pereira, E. (2004, p.37). *A Cinderela da Diabetes. Pé Diabético, Perspectiva de Saúde Pública* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

A persistência da hiperglicemia resulta em lesões nos tecidos (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016). “As lesões do pé diabético surgem da insensibilidade provocada pela neuropatia sensitivomotora e/ou da isquemia provocada pelas lesões de aterosclerose no membro inferior.”(Direção-Geral da Saúde, 2011b, p.2). Dependendo da estrutura atingida, nervos ou vasos, é determinado o aparecimento de um pé neuropático, isquémico ou neuroisquémico (Direção-Geral da Saúde, 2011b; International Working Group on the Diabetic Foot, 2011; Pereira, 2004; Serra, 2008).

Costa Almeida *et al.* (2006, p.5) reforçam a importância de prevenir esta patologia pois, “O aparecimento de úlcera no pé do diabético constitui um verdadeiro problema de saúde pública (...) responsável por uma morbilidade e uma mortalidade importantes associadas a custos elevados”.

Na prevenção do pé diabético a Orientação supracitada é clara, esta deve incidir na educação contínua das pessoas com diabetes e seus familiares de forma a prevenir o aparecimento de novos casos, mas também como forma de reduzir a gravidade das lesões. A educação deverá assentar nos cuidados a ter com os pés, incluindo conselhos práticos de higiene, o conhecimento dos agentes agressores, o uso de palmilhas e calçado adequado, a remoção de calosidades, cuidados ungueais adequados e sinais de alerta. A prevenção passa também pela formação dos profissionais de saúde, no que respeita tanto à observação correta e

adequada dos pés assim como dos aspetos nomeados anteriormente que serão necessários ensinar aos utentes (Direção-Geral da Saúde, 2011b).

As pessoas com diabetes devem evitar traumatismos, qualquer que seja a sua natureza, pois são fatores desencadeantes do pé diabético (Costa Almeida *et al.*, 2006).

Sumariando com base no *Global Report on Diabetes* (World Health Organization, 2016a), as pessoas com diabetes podem viver vidas longas e saudáveis se a diabetes for detetada precocemente e for bem gerida, sendo necessário o cumprimento terapêutico, intervenções que promovam estilos de vida saudáveis, educação para a saúde de modo a capacitar para o autocuidado e uma equipa multidisciplinar que faça triagem regular para deteção precoce e tratamento de complicações.

1.2.1. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA PESSOA COM DIABETES

Consideramos importante fazer uma breve introdução sobre a visão dos cuidados de saúde primários.

De 1978 a 2018, 40 anos separam a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata e a Conferência Global dos Cuidados de Saúde Primários em Astana, das quais originaram duas declarações. Por um lado, a declaração de Alma-Ata que foi a base da ação internacional e nacional para que os cuidados de saúde primários fossem desenvolvidos e aplicados a todas as pessoas (World Health Organization, 1978). Por outro, a declaração de Astana visa reorientar os esforços governamentais e não governamentais nos cuidados de saúde primários para garantir que todos em todos os lugares possam desfrutar do mais alto padrão de saúde possível, enfatizando o papel crítico destes cuidados na promoção da saúde e na prevenção da doença. Condenam a desigualdade no acesso à saúde e as disparidades nos resultados de saúde, referindo que permanecer saudável é um desafio para muitas pessoas, particularmente para os pobres e pessoas em situações vulneráveis. O sucesso dos cuidados de saúde primários será determinado pelo conhecimento e pela capacitação dos indivíduos,

respeitando os seus direitos e as suas necessidades. Deste modo é essencial a promoção de ambientes facilitadores e propícios à saúde, nos quais indivíduos e comunidades ficarão empoderados e empenhados em manter e melhorar a sua saúde e bem-estar (World Health Organization, 2018).

Na perspetiva de Benner (2001), uma das competências do enfermeiro é a função de educação assumindo que é um profissional dotado de tornar familiar o que é estranho. Competência essa necessária para agir como recurso de informação para a adoção de cuidados que previnam lesões, para reconhecer oportunidades e disponibilizar orientações aos indivíduos, famílias e comunidades, selecionando estratégias de aprendizagem apropriadas às necessidades e características dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Padilha *et al.* (2017), defendem que os enfermeiros no decorrer do processo educativo atuam como motivadores para que ocorram mudanças comportamentais necessárias na adesão das pessoas ao autocuidado, fortalecendo o desenvolvimento das suas capacidades. Sousa, Celestino Neves & Carvalho (2018), consideram ainda, os enfermeiros elementos centrais no desenvolvimento de estratégias de suporte à autovigilância e à gestão da doença crónica e que estas estratégias promovem a alteração de comportamentos nas pessoas com diabetes.

O enfermeiro capacita as pessoas no âmbito da educação para a saúde, dota os indivíduos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudam a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A educação para a saúde deve incluir ações que abordem os determinantes de saúde potencialmente modificáveis, de forma a alterar comportamentos que promovam a saúde e previnam a doença. É essencial ter consciência que existem múltiplos fatores que influenciam a saúde das pessoas, quer sejam sociais, económicos, ambientais e pessoais. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

É necessário capacitar os indivíduos para se envolverem ativamente na tomada de decisões e poderem assumir o controle das suas doenças (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2015; World Health Organization,

1986; World Health Organization, 1998). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) é reconhecido como o profissional especializado na capacitação de grupos e comunidades, mobilizando e aplicando conhecimentos de comunicação e educação durante este processo (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

“Os enfermeiros comunitários prestam cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, de forma a melhorar os cuidados de saúde da população como um todo” (International Council of Nurses, 2015, p.11).

1.3. TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

Para Benner (2001, p. 32), “A teoria é um excelente instrumento para explicar e prever. Dá forma às perguntas e permite o exame sistemático de uma sequência de acontecimentos”.

A prática clínica deve ser baseada e suportada por um referencial teórico e para a realização deste projeto foi escolhida a teoria de enfermagem do défice do autocuidado de Dorothea Orem. Esta teoria sendo geral é constituída por três teorias que se interligam, a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001).

Na teoria do autocuidado (Orem, 2001), este é definido por uma ação ou um conjunto de ações que as pessoas realizam no sentido de regular o seu próprio funcionamento, mantendo a vida, a saúde e o bem-estar. Têm a capacidade de aprender e adquirir novos conhecimentos para colmatar as necessidades. Logo, o autocuidado é uma conduta aprendida e orientada de forma a atingir o objetivo pretendido.

É fundamental mencionar que Orem (2001) assevera que o autocuidado comporta uma dupla conotação, ou seja, cuidado que se executa por si próprio e para si próprio. Assim formulou três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. Os requisitos universais contemplam as necessidades humanas básicas para a manutenção do bom funcionamento e bem-estar; os requisitos de desenvolvimento requerem formação e manutenção de condições adequadas afim de promover o desenvolvimento ao longo do ciclo

vital prevenindo o aparecimento de condições adversas ao crescimento e por fim os requisitos por desvios de saúde, que acontecem quando surgem doenças ou incapacidade de manter o bem-estar e é necessário desenvolver ações que regulem a sua extensão e reduzam os efeitos adversos.

Quando estes três tipos de requisitos estão satisfeitos dão lugar a condições humanas e ambientais que apoiam os processos vitais, mantêm o seu funcionamento apoiando o desenvolvimento, previnem lesões e estados patológicos, contribuem para o controle dos efeitos das lesões e das doenças ou até mesmo para a cura, promovendo o bem-estar geral (Orem, 2001).

Na teoria do déficit do autocuidado, o déficit significa a relação entre a ação que os indivíduos devem realizar e a capacidade de ação que não conseguem executar no sentido do autocuidado. Expressa e desenvolve as razões que levam os indivíduos a necessitarem de cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, estes sistemas são desenhados e desenvolvidos por enfermeiros para dar resposta quando os indivíduos são incapazes de se cuidar. Existem três sistemas, o totalmente compensador, o parcialmente compensador e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

Orem (2001) afirma que a teoria dos sistemas de enfermagem, não teria significado na ausência do autocuidado e do déficit de autocuidado que juntos formam a teoria geral de enfermagem.

Em síntese, a teoria do autocuidado descreve o conceito básico de autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado explica qual a lacuna de autocuidado existente e como a disciplina de enfermagem pode ajudar as pessoas a promoverem o mesmo e a teoria dos sistemas de enfermagem expõe quais as relações necessárias entre os intervenientes para que os cuidados de enfermagem sejam realizados (Orem, 2001).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: CAPACITAR PARA PREVENIR O PÉ DIABÉTICO

A realização deste projeto de intervenção comunitária (PIC) foi delineada com base na metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1982; Nunes, 2016; Tavares, 1990). De acordo com Imperatori & Giraldes (1982), somente ao planear é possível intervir nas causas dos problemas, definir prioridades, utilizar da melhor forma os poucos recursos e evitar intervenções isoladas, de modo a alcançar ganhos em saúde. Esta perspetiva é partilhada por Pineault (2016) afirmando que há que estabelecer prioridades quando se identificam necessidades, já que os recursos são escassos.

Assim torna-se importante definir o conceito, segundo (Imperatori & Giraldes, 1982, p.6) o planeamento em saúde é:

a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.

Após este enquadramento da metodologia utilizada, é fundamental sistematizar as suas fases: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução ou programação e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990). Importa mencionar que o planeamento em saúde é um processo contínuo, dinâmico e permanente, podendo sempre rever as suas etapas (Imperatori & Giraldes, 1982; Nunes, 2016; Tavares, 1990).

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O presente Relatório, teve origem no estágio que decorreu entre 03 de setembro e 19 de dezembro de 2018, no seguimento do Plano de Estudos do Mestrado com

especialização em Enfermagem Comunitária, tendo como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências, comuns ao Enfermeiro Especialista, específicas da área de Enfermagem Comunitária e de Mestre, as quais serão descritas mais à frente em capítulo próprio.

Torna-se relevante, particularizar as competências específicas do EEEEC explanadas no Regulamento nº428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018 (p.19355) onde se pode ler:

“(...) estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (...) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades (...) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (...) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

Após o enquadramento legislativo destas competências e reforçando o cumprimento das etapas do planeamento em saúde, reportaremos o PIC implementado, norteado pela teoria de enfermagem do défice do autocuidado de Dorothea Orem.

2.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) onde pertence a UCC na qual decorreu o estágio, insere-se na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), sendo uma das 17 unidades funcionais (UF) por ele composto. O ACeS pertence ao concelho de Lisboa, abrangendo geograficamente 8 freguesias do território urbano que correspondem a uma população residente de 225038 habitantes segundo o Plano Local de Saúde (PLS) ACeS 2018-2021.

De acordo com o PLS ACeS 2018-2021, a densidade populacional é de 6075,54 habitantes por km² numa área geográfica de 37.04 km², sendo que as 2 freguesias abrangidas pela UCC em questão, são as que apresentam menor densidade populacional no referido ACeS dando resposta a 56125 residentes.

Esta UCC iniciou a sua atividade a 1 de junho de 2017 e foi inaugurada a 29 de junho do mesmo ano, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de

saúde da população da área geográfica de abrangência, visando a obtenção de ganhos em saúde, transpondo para a prática a missão do ACeS (Regulamento Interno da UCC, 2017).

É uma unidade constituída por uma equipa multiprofissional, 10 enfermeiras, 1 médico, 1 higienista oral, 2 assistentes técnicas, 1 psicólogo e 1 assistente social.

Devido ao delineamento deste projeto, é relevante dar conhecimento da existência de uma sala de tratamentos e 1 consultório médico que dá uma resposta mais imediata à população residente no bairro onde está inserida a UCC. A existência destes serviços deve-se a uma exigência imposta pela população em causa, sendo os cuidados assegurados pela equipa de enfermagem da UCC e por uma médica tarefeira, não obstante, pertencer a uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Segundo a legislação em vigor no Decreto-Lei n.º 28/2008 (p.1184) cabe à UCC prestar:

“(...) cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”

Para isso existe o PLS que é um documento estratégico que cada ACeS elabora e cujas ações contribuem para a obtenção de ganhos em saúde com fim a promover a saúde da população que abrange. Serve para determinar necessidades e prioridades, fornecer orientações estratégicas, valorizando os determinantes da saúde de modo a delinear estratégias que façam face aos objetivos e metas a alcançar. É um documento que usa a metodologia do planeamento em saúde, baseando-se nos dados estatísticos do estado de saúde da população abrangida (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Os problemas de saúde principais divulgados e priorizados no mais recente PLS ACeS (2018) foram: as doenças cérebro e cardiovasculares; diabetes; depressão; demências; doenças músculo-esqueléticas; infeções sexualmente transmissíveis e vírus de imunodeficiência humana; por último a tuberculose.

É fundamental dar ênfase ao lugar cimeiro que a diabetes ocupa na lista de priorização dos problemas de saúde apresentados, importa referir que em 2014 e 2015 a prevalência era de 6% segundo dados divulgados no Perfil de Saúde do ACeS Lisboa Norte 2015 e no PLS ACeS 2018. Prevalência esta, que se encontra abaixo da nacional (9.9%) alertando para o facto, dos dados disponíveis serem de 2014 e 2015 contra dados nacionais do ano de 2017.

Esta caracterização permite-nos efetuar um planeamento em saúde adequado às reais necessidades da população a intervir.

Uma vez que no diagnóstico de situação se devem identificar os problemas e determinar as necessidades (Tavares, 1990), o PIC por nós elaborado tem por base o problema priorizado pelo ACeS como sendo a diabetes e a prevenção do pé diabético como uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem.

2.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Após ter identificado uma necessidade de saúde expressa, foi crucial aprofundar conhecimentos e saber qual a evidência científica atual da temática a abordar sendo para isso efetuada a revisão da literatura que se encontra patente neste relatório.

Este PIC está alinhado com o Plano Nacional de Saúde (PNS) Revisão e Extensão a 2020, assim como com o PND 2017 já que é premente dar respostas rápidas e eficazes aos novos desafios impostos pela mudança no contexto demográfico e epidemiológico do país, uma população envelhecida portadora de doenças crónicas (Direção-Geral da Saúde, 2015, 2017c).

Torna-se relevante destacar o alto índice de envelhecimento da freguesia (263,8%) à qual pertence a amostra pois é francamente superior ao do ACeS (165,8%) e ao do nível nacional (136%) (Plano de Ação da UCC, 2016; Plano Local de Saúde do ACeS, 2018).

A população alvo sobre a qual incidiu o projeto foi composta por pessoas com o diagnóstico ativo de diabetes que se deslocaram à sala de tratamentos e/ou à consulta médica na UF no período entre 03 e 28 de setembro de 2018. Para a

identificação destas pessoas foi feita uma pesquisa nos registos informatizados da UCC, obtendo-se uma amostra total de 47 pessoas.

2.1.3. RECOLHA DE DADOS

Perante a necessidade de saúde identificada e expressa pela equipa, impunha-se a passagem à recolha de dados no sentido de obter informação sobre a comunidade e a sua saúde afim de identificar quais as suas necessidades, passo fundamental para intervir. Pais Ribeiro (2010, p. 13) define a recolha de dados como uma fase “mais prática, que é realizada no terreno”.

Previamente foi solicitada autorização à direção do ACeS para aceder aos dados clínicos dos utentes, no regular exercício da orientadora clínica, sob compromisso que esses dados seriam usados, única e exclusivamente, para o desenvolvimento de competências na área de especialidade de Enfermagem Comunitária no decurso do estágio e, ainda, para a produção do Relatório do Estágio, após anonimizados (Apêndice 1).

Foi efetuado o contacto telefónico com as 47 pessoas identificadas nos ficheiros, entre 02 e 16 de outubro de 2018 com a finalidade de informar acerca do PIC, solicitar a participação e agendar uma consulta de enfermagem para recolha de dados.

Entenda-se como consulta de enfermagem, a atividade de um enfermeiro relacionada com um utente, de onde pode resultar um diagnóstico e um plano, dependendo de se tratar de uma consulta com a presença do utente ou sem a presença do mesmo e ainda de ser ou não uma consulta de vigilância (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017).

Das 47 pessoas identificadas nos ficheiros, 15 recusaram participar e 15 pessoas foram excluídas após 3 tentativas de estabelecer contacto telefónico sem sucesso, em dias e horas diferentes. Ficaram um total de 17 pessoas que referiram aceitar participar no PIC. Consideramos os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas sem úlcera diabética ativa;

- Pessoas que aceitaram participar no PIC e assinaram o consentimento livre e esclarecido.

Durante a extensa revisão da literatura, não foi encontrado nenhum instrumento validado que mensurasse todos os aspetos das rotinas diárias do autocuidado aos pés em pessoas diabéticas. Por esta razão o instrumento de recolha de dados escolhido foi um questionário (Anexo 1) realizado no âmbito de uma tese de dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, apresentada publicamente no Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar pela Dra. Joana Silva, intitulada *Prevenção no pé diabético e autocuidados: o que sabem e o que fazem os nossos doentes*. Posteriormente a esta escolha e salvaguardando as questões éticas, foi efetuado o pedido de autorização à autora do questionário para aplicação do mesmo (Apêndice 2).

Na construção deste questionário a autora baseou-se no questionário *Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA)*, em normas de orientação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, no *International Consensus and Practical Guidelines on the Management and the Prevention of the Diabetic Foot* e no *Diabetes Improvement Project* (Silva, 2011). O instrumento utilizado está dividido em seis partes, a caracterização sócio económica da pessoa está contemplada na primeira parte, a caracterização da pessoa com diabetes na segunda parte, a terceira visa as rotinas diárias do autocuidado aos pés, na quarta parte são abordados os conhecimentos que foram transmitidos por profissionais de saúde e há quanto tempo, na quinta parte é questionado qual o nível de informação que consideram possuir em relação às várias dimensões do autocuidado aos pés e por fim, quais os obstáculos que encontram para cuidar dos seus pés.

As consultas de enfermagem decorreram no período entre 03 e 24 de outubro de 2018, foram realizadas num gabinete preparado para esse efeito na UCC, apesar da disponibilização para efetuar em visita domiciliária se assim o desejassem.

A equipa multiprofissional foi informada do projeto que estava a decorrer e dos moldes da recolha de dados, obtendo assim o seu apoio.

As consultas de enfermagem, para a recolha de dados, tiveram a duração média de 35 minutos, tendo sido respeitado o ritmo e as necessidades de cada pessoa. Iniciou-se pela receção de cada participante à entrada da UCC, agradecendo a sua participação no projeto e sendo encaminhado para um gabinete. Procurou-se manter um ambiente calmo, sem ruídos, de modo a minimizar possíveis perturbações para a otimização da recolha de dados, providenciando deste modo um ambiente terapêutico. Após uma explicação mais pormenorizada do projeto e de como iria decorrer a consulta, foi lido e obtido o consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3), em duplicado assinado pelos intervenientes. Os originais ficaram na posse da mestrandia e os duplicados na posse de cada participante. Foi garantida e assegurada a confidencialidade e anonimato dos participantes.

De seguida foi aplicado o questionário pela mestrandia, lido e preenchido pela mesma, de modo inclusivo pois não foi critério de exclusão o analfabetismo. Posteriormente, foi pedido para cada participante se deitar na marquesa a fim de ser efetuada a observação dos pés. Esta observação foi realizada com base nas recomendações do *International Working Group on the Diabetic Foot* (2011), na Orientação nº003/2011 (Anexo 2) e na Norma nº005/2011 emanadas pela Direção-Geral da Saúde (2011a, 2011b).

Salientamos os pontos mais relevantes desta observação. Para o exame sensorial dos pés, foi explicado à pessoa o que ia ser realizado e solicitado para permanecer de olhos fechados. Foram utilizados: o monofilamento de Semmes-Weinstein, o diapasão de 128Hz e uma “boneca” de algodão. Cada instrumento foi aplicado individualmente.

Aplicado o monofilamento de Semmes-Weinstein (Figura 2):

- Perpendicular à superfície da pele;
- Com uma força suficiente para fazer com que o filamento se curve durante 2 segundos;
- Pressionado contra a pele e questionada se sentia a pressão e o local.

Aplicado o Diapasão 128Hz (Figura 2):

- Numa parte óssea do lado dorsal da falange distal do pé;

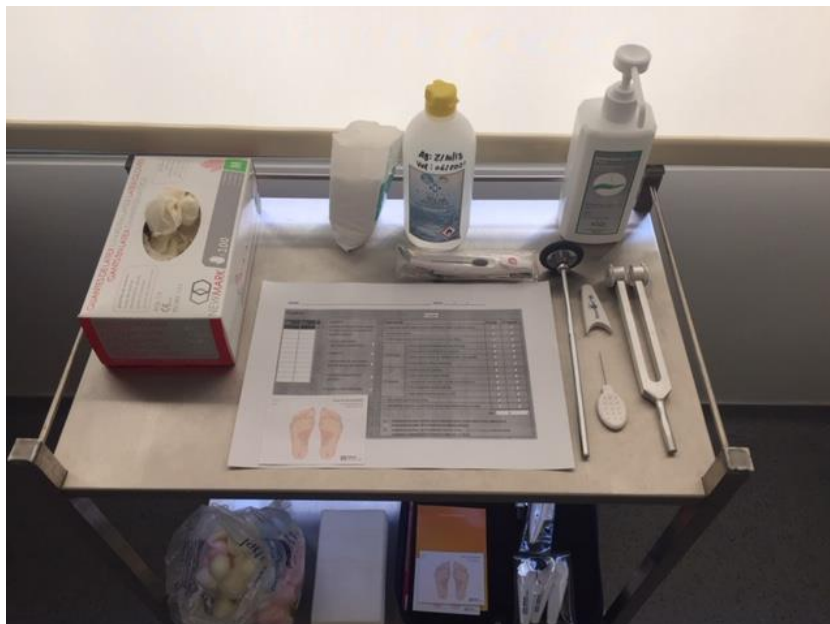
- Com uma força constante e perpendicularmente;
- Caso a pessoa não conseguisse sentir as vibrações no primeiro dedo do pé (hallux), o teste foi repetido num local mais proximal, como o maléolo da tibia.

Repetida a aplicação 2 vezes em cada local, alternando pelo menos 1 vez com uma aplicação “falsa” em que não foi aplicado o filamento (3x por local), o diapasão nem o algodão. Os locais a aplicar o monofilamento e a “boneca” de algodão estão recomendados e exemplificados na Orientação nº003/2011 (Direção-Geral da Saúde, 2011b, p.4).

Existe sensibilidade protetora em cada local se as pessoas responderem corretamente a 2 em cada 3 aplicações. A sensibilidade protetora está ausente com 2 respostas incorretas em 3, considera-se que a pessoa está em risco de ulceração.

Foram também testados os reflexos aquilianos, realizada a palpação do pulso pedioso dorsal e a avaliação do Índice Tornozelo-Braço que é determinado pela tensão arterial tornozelo a dividir pela tensão arterial braquial (Pereira, 2004).

Figura 2. Mesa de apoio para observação aos pés



Consideramos importante referir que somos detentores de uma formação na área de avaliação do pé diabético, o que nos dotou de conhecimentos e competências para as observações e avaliações efetuadas.

Para Costa Almeida *et al.*(2006) a observação dos pés tem especial relevância, deve ser realizada mesmo a pessoas assintomáticas pois a maioria não valoriza aspetos importantes, como calos, fissuras, fungos, pele seca e descamativa, entre outros. Os mesmos autores afirmam “Muitos factores de risco da ulceração/amputação podem ser descobertos na história clínica e na inspecção cuidadosa do pé.” e ainda que “A observação clínica é o método diagnóstico mais efectivo, simples e de baixo custo para o diagnóstico da situação.”(Costa Almeida *et al.*, 2006, p.6)

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) do sistema informático SClínico utilizado na UCC contém uma avaliação do risco de úlcera diabética (Anexo 3), este serviu de guia para a observação tendo sido posteriormente realizado o registo na base de dados da UF. Esta avaliação contempla 3 níveis de risco: baixo, médio e alto; consoante o risco também a sua vigilância difere, anual, semestral e cada 1 a 3 meses, respetivamente.

A recetividade global dos participantes foi muito positiva.

Os dados recolhidos foram introduzidos e analisados no *Microsoft Excel* 2016.

2.1.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No corpo do relatório estão evidenciados os dados mais relevantes com respetiva apresentação gráfica através de estatística descritiva. Os restantes resultados provenientes do questionário e da avaliação de risco de úlcera diabética, encontram-se em apêndices, (Apêndice 4) e (Apêndice 5), respetivamente.

A amostra foi constituída por dezassete (17) adultos, predominantemente do género feminino, com idades compreendidas entre 58 e 89 anos, com uma média de 73 anos, como demonstram os gráficos 1 e 2. Dados do último Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016) apontam para a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre o sexo masculino (15,9%) e o sexo feminino (10,9%), o que não acontece nesta amostra, não se mostrando relevante por se tratar de uma amostra pequena e não refletir a totalidade da população. Em relação à média de idades, o mesmo relatório corrobora a existência de um

acentuado aumento da prevalência da diabetes com a idade afirmando que o impacto do envelhecimento da população corresponde diretamente a um crescimento desta taxa.

Gráfico 1. Distribuição por sexo

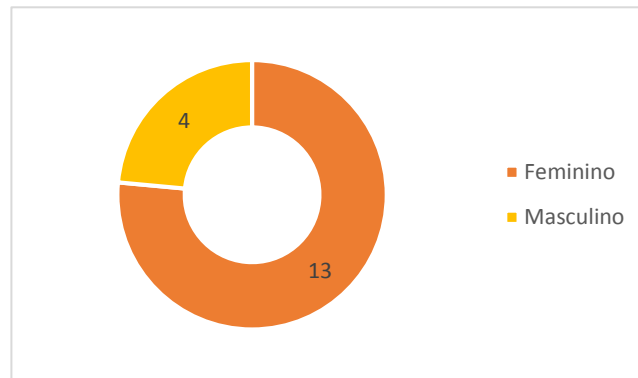
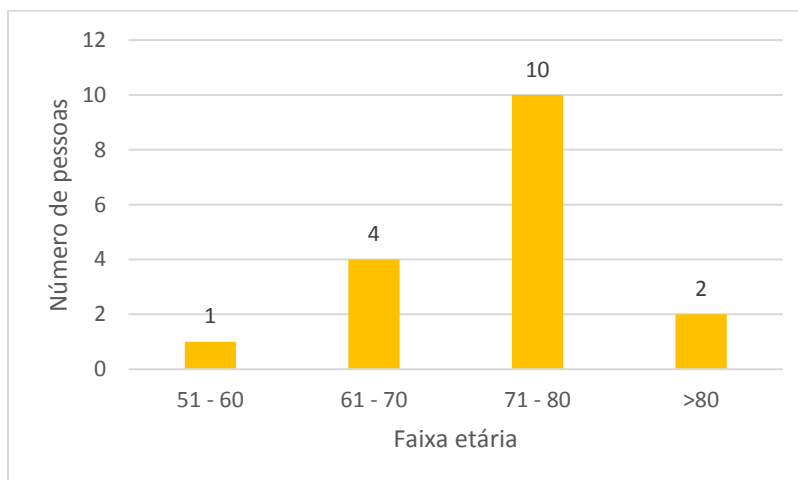
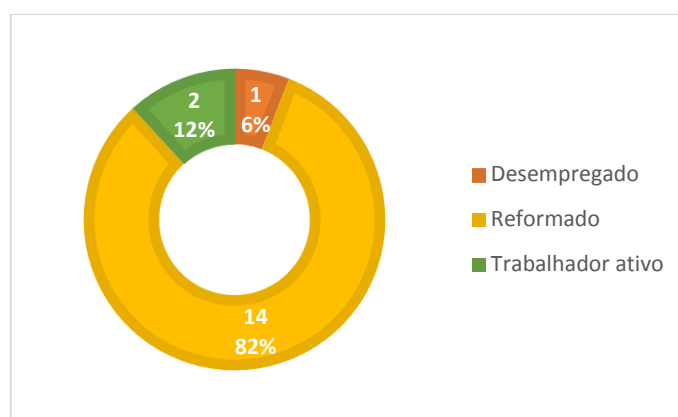


Gráfico 2. Distribuição por faixa etária



Relativamente à situação profissional, 82% das pessoas estavam reformados (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição por situação profissional



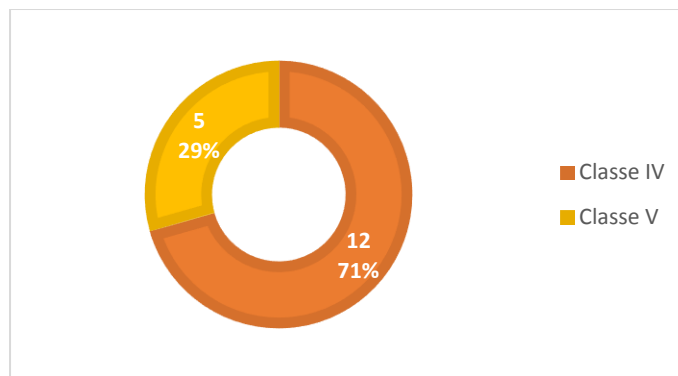
Quanto ao índice de Graffar, existente no programa Sclínico da UCC, 71% das pessoas inseria-se na classe IV e 29% na classe V. Não se verificaram outras classes presentes.

O índice de Graffar é uma classificação social internacional estabelecida pelo Professor Graffar, como um indicador dos diversos níveis de bem-estar de um grupo social. Baseia-se num conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita. Com a seguinte classificação:

- Classe I (classe alta) – pontuação entre 5 e 9;
- Classe II (classe média alta) – pontuação entre 10 e 13;
- Classe III (classe média) – pontuação entre 14 e 17;
- Classe IV (classe média baixa) – pontuação entre 18 e 21;
- Classe V (classe baixa) – pontuação entre 22 e 25 (Figueiredo, 2009).

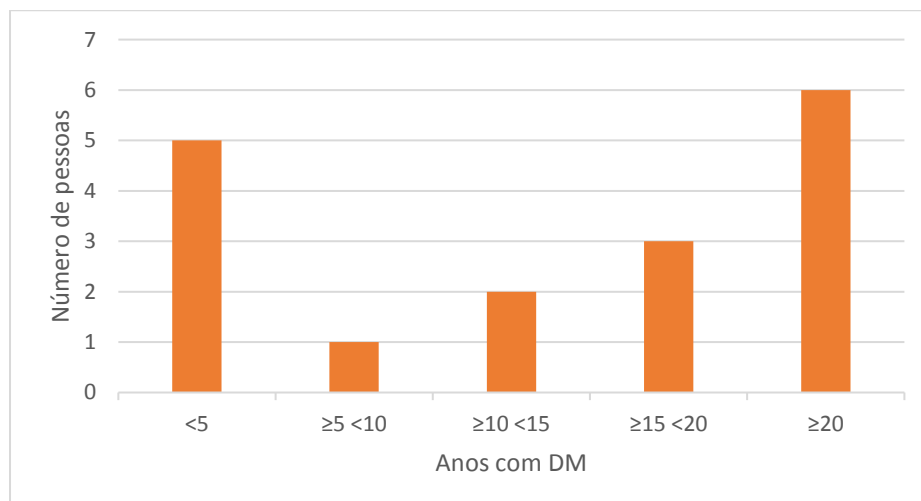
O Relatório Primavera 2017, destaca a interferência de fatores culturais na perceção dos cidadãos sobre o seu estado de saúde, baseado nos grupos socioeconómicos. Justifica que 60% da classe alta dos portugueses reportam ter boa saúde contra 40% da classe baixa. Associado a estes dados, referem que quanto menor for o grau de instrução maior a taxa de prevalência da diabetes (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2017).

Gráfico 4. Distribuição por Índice de Graffar



Os anos com diagnóstico de diabetes devem ser tidos em consideração, pois quanto mais anos de diagnóstico, maior a probabilidade de aparecerem lesões ulcerativas (Padilha *et al.*, 2017). A amostra é composta por 5 pessoas com diagnóstico há menos de 5 anos, 1 situa-se no intervalo entre 5 e 10 anos, 2 pessoas entre os 10 e os 15 anos, 3 pessoas entre os 15 e os 20 anos e 6 pessoas com diagnóstico há mais de 20 anos (35%).

Gráfico 5. Distribuição por anos com DM



Fazendo a apreciação global dos dados apresentados na tabela seguinte (Tabela 1), 59% das pessoas referem que, nunca observa a planta dos pés, apenas 12% o fazem diariamente. Em relação à questão se costumavam observar o espaço

entre os dedos, 41% das pessoas revelaram que nunca o faziam contra 18% que o faziam todos os dias. No entanto, 71% das pessoas referem que realizam a secagem entre os dedos após a lavagem.

Relativamente à lavagem dos pés, 53% das pessoas afirmaram ser uma rotina diária, 29% referiu lavar vários dias por semana e 18% das pessoas realizam este cuidado uma vez por semana. Observou-se que 71% das pessoas não testa a temperatura da água antes do banho, facto este que pode levar a queimaduras. À questão, quando lava os pés mantém-nos de molho mais do que 10 minutos, 65% das pessoas dizem que não.

Costa Almeida *et al.* (2006) recomendam que as pessoas com diabetes mantenham uma higiene cuidadosa dos pés, usando água tépida e nunca muito quente, após deverão ter o cuidado de os limpar e conservar sempre bem secos. Aconselham que os profissionais de saúde lhes inculquem quando do autocuidado aos pés “o hábito da sua observação metódica diária”(Costa Almeida *et al.*, 2006, p.7).

Quando questionados se aplicam creme hidratante nos pés, a maioria diz não o fazer (65%). Verificou-se que 88% das respostas à questão se inspecionavam o calçado antes de o usar foi negativa. Destaca-se o facto de 76% da população ter conhecimento que o calçado deve ter folga e estar adaptado ao pé, no entanto no dia da consulta de enfermagem foi avaliado o calçado que traziam em uso e apenas 2 pessoas traziam calçado considerado adequado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) garante que o uso de calçado adequado e uma vigilância regular aos pés podem prevenir úlceras nos pés, as quais muitas vezes levam à gangrena e amputação (World Health Organization, 2016a). Para Costa Almeida *et al.* (2006, p.7), “umas sapatilhas (...) de tamanho adequado e razoavelmente bem construídas, mesmo que não muito dispendiosas, podem ser uma opção aceitável e de preferir a sapatos de cabedal com pouca qualidade.”

Quando compram sapatos novos 59% refere andar mais de 2h com os mesmos, contra 41% que nunca anda mais de 2h.

Apesar de 88% da população questionada responder que não usa fontes de calor para aquecer os pés, 12% ainda o fazem.

Em relação a corte de calosidades e uso de calçadas, 82% e 94% respetivamente, não o fazem. Verificámos que a maior parte dos inquiridos não apresentava calos no momento da avaliação do pé. No que concerne, ao corte das unhas este é feito por 59% das pessoas de forma rente incluindo os cantos, apenas 41% o faz de modo reto, não muito rentes em especial nos cantos.

Segundo Orem (2001), para se poder ultrapassar as limitações no autocuidado é necessário conhecer qual o défice quer de conhecimento, quer de comportamentos existentes.

Tabela 1. Caracterização da amostra no autocuidado aos pés

Costuma observar a planta dos pés?	Diariamente	12%
	Vários dias na semana	6%
	1 vez por semana	6%
	1 a 2 vezes por mês	18%
	Nunca	59%
Costuma observar o espaço entre os dedos?	Diariamente	18%
	Vários dias na semana	12%
	1 vez por semana	18%
	1 ou 2 vezes por mês	12%
	Nunca	41%
Costuma lavar os pés?	Diariamente	53%
	1 vez por semana	18%
	Vários dias na semana	29%
Quando lava os pés, testa previamente a temperatura da água?	Não	71%
	Sim	29%
Quando lava os pés, mantém os de molho mais do que 10 minutos?	Não	65%
	Sim	35%
Ao limpar os pés, seca o espaço entre os dedos?	Não	29%
	Sim	71%
Costuma usar cremes hidratantes nos pés?	Não	65%
	Sim	35%
Costuma inspecionar o interior do calçado antes de o usar?	Não	88%
	Sim	12%
Que tipo de sapatos usa?	Ajustados ao pé, sem folgas	24%

	Com alguma folga, mas adaptado ao pé	76%
Quando os seus sapatos são novos, usa-os durante quantas horas por dia?	Mais de 2 horas	59%
	Menos de 2 horas	41%
Aproxima os pés de fontes de calor ou lava os com água muito quente?	Não	88%
	Sim	12%
Corta as suas calosidades?	Não	82%
	Sim	18%
Usa calicidas?	Não	94%
	Sim	6%
Como corta as unhas?	Não muito rentes em especial os cantos	41%
	Rentes incluindo os cantos	59%
Se tiver algum problema nos pés que não melhora em poucos dias, o que faz?	Faz tratamentos na tentativa de melhorar	29%
	Recorre ao médico assistente	71%

Quando questionados se nos últimos 12 meses, profissionais de saúde lhe tinham falado sobre vários temas da área do autocuidado aos pés, apenas 1 pessoa respondeu afirmativamente.

Os obstáculos que referem no autocuidado aos pés com mais expressividade são:

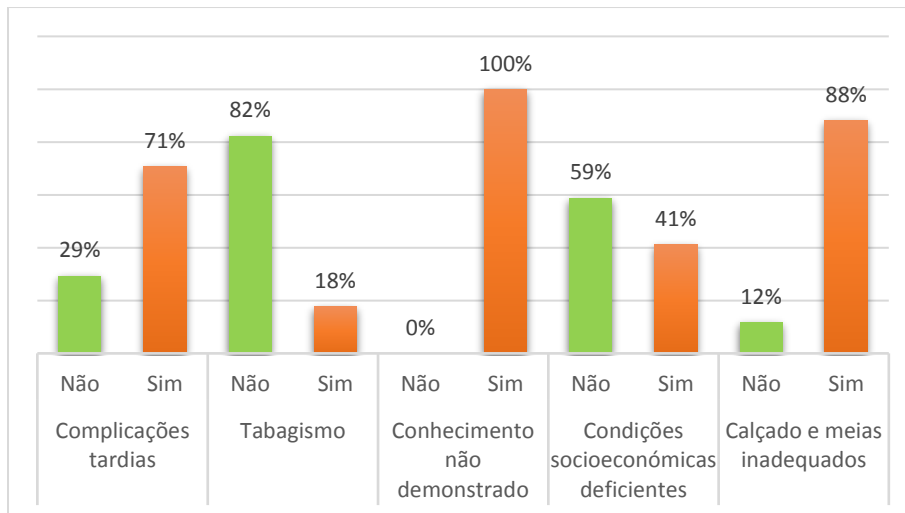
- 100% - “Tenho dificuldades económicas”
- 82% - “Não consigo ver bem os pés”
- 71% - “O tratamento é muito dispendioso”
- 59% - “Não consigo alcançar os meus pés”
- 53% - “Não sabia o que fazer”
- 47% - “Eu sabia o que tinha que fazer, mas não como fazê-lo”

No decorrer da observação aos pés para avaliação de risco de úlcera diabética, foram efetuadas 5 perguntas que fazem parte da anamnese, as respostas encontram-se apresentadas no gráfico 6.

Da população estudada, 71% já tinha complicações tardias da diabetes (a maioria retinopatia), apenas 18% da população fumava, 100% apresentava conhecimento não demonstrado que tinha sido avaliado pelas questões aplicadas no

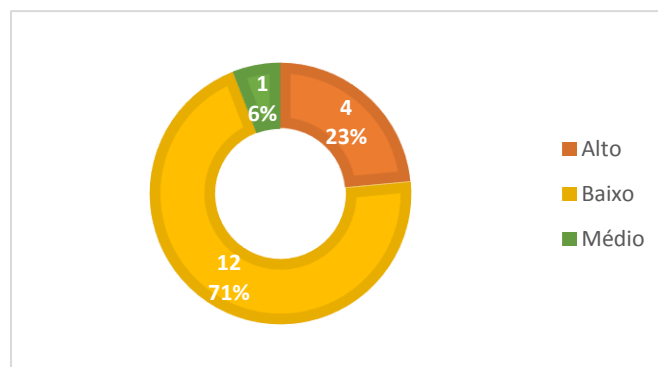
questionário, 59% apresentava condições socioeconómicas deficientes e como já tinha referido anteriormente, apenas 12% da população apresentava calçado e meias adequadas.

Gráfico 6. Distribuição segundo dados da anamnese



Do resultado da avaliação do risco de úlcera diabética, identificámos 4 pessoas com alto risco, 1 com médio risco e os restantes 12 com baixo risco, de acordo com gráfico 7.

Gráfico 7. Distribuição por risco de ulceração



A caracterização das pessoas que constituem a amostra é fundamental para a seleção de estratégias e intervenções a delinear. De acordo com Orem (2001), existem fatores básicos que condicionam a capacidade da pessoa para se cuidar que podem ser internos ou externos, como: a idade, o sexo, o estado de saúde e

de desenvolvimento, os padrões de vida, o apoio familiar, os fatores ambientais, a disponibilidade e os recursos adequados.

2.1.5. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Da análise dos resultados obtidos salientaram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem.

✓ Segundo (Orem, 2001):

- Défice no autocuidado aos pés;
- Défice de conhecimento relacionado com o autocuidado aos pés;
- Défice de autovigilância dos pés;
- Défice de conhecimento sobre doença crónica.

O autocuidado é um cuidado pessoal diário que é necessário para a pessoa manter e regular o seu funcionamento e desenvolvimento (Orem, 2001). A mesma autora refere que a execução destes cuidados diários, podem ser afetados pela idade, sexo, fatores ambientais, o estado de saúde e até pelos cuidados de saúde.

A teoria do autocuidado foi baseada na premissa que os indivíduos podem cuidar de si, mantendo a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

✓ Segundo CIPE® (ICN, 2015):

- Défice de autocuidado;
- Falta de conhecimento relacionado com o autocuidado aos pés;
- Capacidade de monitorização de doença comprometida;
- Falta de conhecimento sobre condição crónica.

Os diagnósticos de enfermagem acima referidos foram adaptados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) visto que é necessário usar uma terminologia padronizada baseada na tecnologia científica mais atual, que envolve a participação mundial quer na investigação como na prática clínica (International Council of Nurses, 2011). A informação daí resultante,

pode ser utilizada no planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, na análise dos resultados de modo a promover documentos estratégicos (International Council of Nurses, 2015). Linguagem esta, utilizada na UCC em questão.

De acordo com ICN (2011), o autocuidado é definido como a atividade executada pelo próprio para tratar do que é necessário para se manter operacional, lidando com as necessidades individuais básicas e íntimas e com as atividades de vida diária. Para isso é necessário estar ciente dos problemas de saúde que podem advir pela falta de capacidade no autocuidado, da necessidade de reconhecer sinais e sintomas de doença mas também das melhores práticas para o autocuidado e quais os serviços de saúde disponíveis, isto é, ter conhecimento sobre a sua saúde (International Council of Nurses, 2011).

2.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda etapa da metodologia do planeamento em saúde, aqui serão definidos quais as necessidades diagnosticadas a intervir, esta etapa determinará a seguinte (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990).

Os mesmos autores defendem a aplicação de critérios de forma a ordenar prioridades, tais como: magnitude, transcendência e vulnerabilidade, critérios estes que se tornaram clássicos após serem aplicados num estudo editado em 1965 pela OMS no âmbito da programação em saúde.

No entanto, segundo Imperatori & Giraldes (1982), é possível definir uma estratégia comum que influenciará todos os problemas identificados. Partindo deste pressuposto, juntamente com a possibilidade de intervir em todos os diagnósticos de enfermagem identificados, alicerçado na evidência científica que o aumento do conhecimento sobre autocuidado aos pés irá influenciar as rotinas diárias de forma a prevenir o pé diabético, considerámos não aplicar nenhuma metodologia para seleção das prioridades (Andrade *et al.*, 2010; Padilha *et al.*, 2017; Pereira, 2004; Serra, 2008)

A limitação temporal do estágio esteve presente no decorrer do planeamento do projeto, como Imperatori & Giraldes (1982) preconizam.

2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

De acordo com Tavares (1990, p.113), “os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo através de implementação de projetos”. Perante esta afirmação, impõe-se a necessidade de apresentar o objetivo geral deste projeto:

- Promover o autocuidado aos pés, a pessoas com diabetes.

Tavares (1990), defende que para atingir o objetivo geral a que nos propomos é necessário estabelecer objetivos específicos que contribuam para este fim. Neste contexto, detalhamos os objetivos específicos, assim como as metas e os indicadores do projeto implementado (Quadro 1).

Quadro 1. Objetivos específicos, metas e indicadores do resultado

Objetivos específicos	Metas	Indicadores de resultado
Sensibilizar para a importância do autocuidado aos pés		
Contribuir para o aumento da literacia em saúde sobre o autocuidado aos pés	Que 60% dos participantes demonstre ter conhecimentos sobre o autocuidado aos pés no final de cada sessão de educação para a saúde	Número (Nº) de participantes que respondam corretamente às questões colocadas no final de cada sessão/ Nº participantes presentes em cada sessão (x100)
Promover a adesão a comportamentos que promovam o autocuidado aos pés		
Contribuir para o reconhecimento de potenciais problemas em relação aos pés		
Avaliar o risco de úlcera diabética	Que 100% da amostra tenha avaliação do risco de Pé Diabético (PD) realizada e registada na base de dados da UCC	Nº participantes com avaliação risco PD/ Nº participantes no PIC (x100)
Referenciar para consulta de cirurgia vascular (CV)	Que 100% dos participantes cujo ITB<0,9 sejam referenciados e	Nº participantes com ITB<0,9 referenciados

participantes com Índice Tornozelo-Braço (ITB)<0,9	tenham consulta de CV marcada para hospital da área de residência	para a consulta CV/ N° participantes propostos para consulta CV (x100)
--	---	--

Estes objetivos específicos foram traçados com a finalidade de contribuir para a capacitação de pessoas com diabetes para o autocuidado aos pés no sentido da prevenção do pé diabético.

Foram também escolhidos indicadores de atividade pois na visão de Imperatori & Giraldes (1982) e Tavares (1990), é necessário medir a atividade desenvolvida para atingir as metas e conseqüentemente os objetivos.

Quadro 2. Indicadores de atividade

Metas	Indicadores de atividade	
Que 30% da população pertencente ao projeto participe na 1ª sessão	Nº de participantes da população alvo na 1ª sessão de educação para a Saúde	/nº total população alvo (x100)
Que 30% da população pertencente ao projeto participe na 2ª sessão	Nº de participantes da população alvo na 2ª sessão de educação para a Saúde	/nº total população alvo (x100)
Entregar informação individualizada sob a forma de folheto “Cuide dos seus Pés” a 100% da população alvo	Nº de pessoas pertencentes à população alvo a quem foi entregue o folheto “Cuide dos seus Pés”	/nº total população alvo presente na sessão (x100)
Entregar informação individualizada sob a forma de <i>checklist</i> “CUIDE PARA PREVENIR” a 100% da população alvo	Nº de pessoas pertencentes à população alvo a quem foi entregue a <i>checklist</i> “CUIDE PARA PREVENIR”	/nº total população alvo presente na sessão (x100)
Que 80% dos participantes avalie satisfatoriamente a sessão “Cuide dos seus pés” relativamente: à importância do tema, clareza da apresentação, local e duração da sessão	Nº de pessoas que avaliaram satisfatoriamente a sessão “Cuide dos seus pés”	/nº total população alvo presente na sessão (x100)

Que 80% dos participantes avalie satisfatoriamente a sessão “CUIDE PARA PREVENIR” relativamente: à importância do tema, clareza da apresentação, dinâmica de grupo, local e duração da sessão	Nº de pessoas que avaliaram satisfatoriamente a sessão “CUIDE PARA PREVENIR”	/nº total população alvo presente na sessão (x100)
---	--	--

2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Esta fase é de extrema importância como afirmam os autores Imperatori & Giraldes (1982, p.65), “Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários”.

Tavares (1990, p. 147) realça que se deve “colocar ênfase na eficiência dos recursos, não aumentando a sua quantidade”, partilhando da mesma perspectiva as estratégias selecionadas para este projeto foram:

- Educação para a saúde
- Envolvimento da equipa multiprofissional
- Mobilização de recursos da comunidade

Na perspectiva de Orem (2001) a pessoa pode cuidar de si, o autocuidado é aprendido e deve ser deliberadamente realizado continuamente no tempo e em conformidade com as necessidades a satisfazer. A mesma autora identifica cinco métodos de ajuda para compensar ou ultrapassar as limitações na satisfação do autocuidado, são eles: agir por outra pessoa ou fazer algo por ela, guiar e direccionar, fornecer apoio físico ou psicológico, fornecer e manter um ambiente que suporte o desenvolvimento pessoal e ensinar.

Baseada na teoria dos sistemas de Dorothea Orem (2001), a escolha do sistema de apoio-educação preconizado por esta teórica, foi uma realidade nesta intervenção pois todas as pessoas tinham capacidade de aprender e de realizar as medidas necessárias para o autocuidado. No entanto, precisavam de ajuda profissional para orientação, ensino, apoio e promoção de comportamentos para o desenvolvimento das suas capacidades.

Na perspectiva de Orem (2001), devem-se oferecer experiências educativas apropriadas, ao explicar como se deve efetuar o autocuidado aos pés pode-se estimular o interesse das pessoas para ouvir, observar e questionar sobre esses cuidados, facilitando a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades. O ensino em grupo pode ser uma maneira eficaz de envolver as pessoas contribuindo para a sua eficiência no autocuidado, proporcionando um ambiente que permita este desenvolvimento pessoal, facilitando a integração no grupo e o uso de recursos disponíveis.

Relativamente à estratégia de envolver a equipa multiprofissional, esta foi necessária pois dois participantes no projeto obtiveram um ITB < 0.9, durante a observação e avaliação de risco de úlcera diabética, neste sentido foi premente entrar em contato com a médica que dá apoio à consulta médica realizada na UCC para poder referenciar para a consulta de CV do hospital da área de residência. Já que ITB < 0.9 significa isquemia e abaixo de 0,5 isquemia muito grave, com impossibilidade de cicatrização se houver alguma ulceração (Costa Almeida *et al.*, 2006).

Em matéria da mobilização de recursos da comunidade a UCC tem no seu Plano de Ação como objetivo, melhorar a articulação e convergência de sinergias na utilização de recursos comunitários existentes. O qual está alinhado com o PLS 2018-2021 (p. 24) que recomenda “dinamizar a implementação de parcerias, para complementar a resposta às necessidades de saúde da população, envolvendo-a, e sensibilizar os responsáveis pelas instituições de apoio a grupos populacionais vulneráveis para o papel de dinamizadores na obtenção de ganhos em saúde”. Compete ao EEEEC pois “Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção” e “Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19355).

Em sintonia com estes documentos, foi articulada uma parceria com uma Associação de Amigos e Moradores do bairro onde está inserida a UCC, que demonstraram toda a disponibilidade para trabalharem em conjunto com a UF em prol da comunidade (Apêndice 6).

Realçamos a importância de criar ligações fortes com entidades existentes na comunidade pois promovem a integração social e incentivam as pessoas dessa comunidade a participar nas intervenções propostas.

Foi fundamental avaliar desde o início a disponibilidade dos recursos materiais e humanos disponíveis para o desenvolvimento do projeto, de modo a potenciar o sucesso do mesmo.

2.5. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

De acordo com Tavares (1990, p. 165), “Um Projeto é um conjunto de actividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo”. Torna-se relevante referir que foi efetuado um cronograma de GANTT (Apêndice 7) de modo a cumprir com êxito a implementação do projeto.

Como referido anteriormente existem vários métodos de ajuda, fornecer e manter um ambiente que suporte o desenvolvimento pessoal é um deles, o qual esteve presente ao longo desta intervenção comunitária, no sentido de motivar as pessoas com diabetes a estabelecerem objetivos apropriados para o autocuidado aos pés, ajustando os seus comportamentos diários (Orem, 2001). Ensinar foi outro método fundamental neste processo, no sentido de contribuir para que as pessoas integradas neste projeto tivessem a oportunidade de desenvolver habilidades e conhecimento específico relativo ao autocuidado aos pés. É crucial envolver as pessoas durante a aprendizagem, sabendo de antemão que a pessoa sem interesse/motivação ou que não está ciente das suas limitações, não irá atingir os objetivos propostos (Orem, 2001).

De modo a evitar lesões nos pés, Costa Almeida *et al.* (2006), afirmam que se deve considerar que todas as pessoas com diabetes têm pés doentes e partir deste princípio, de modo a que todos tenham as mesmas oportunidades de diagnóstico precoce e educação. Defendem que para evitar o aparecimento do pé diabético, os profissionais de saúde devem demonstrar aos utentes a importância de cumprir o autocuidado aos pés.

As atividades de educação para a saúde planeadas foram delineadas (Apêndices 8 e 10) tendo em consideração as características desta população e os recursos

disponíveis, direcionando os ensinamentos no sentido de atingir os objetivos propostos. Todas as atividades foram apresentadas e validadas em reunião de peritos em enfermagem comunitária, sendo estas as orientadoras clínica e científica. Apresentadas por ordem cronológica de execução e descritas no quadro 3:

Quadro 3. Atividades realizadas

Atividades	Descrição
Realização de sessão de educação para a saúde intitulada “Cuide dos seus pés” (Apêndice 8)	Realizada no dia 14 de novembro de modo a assinalar o Dia Mundial da Diabetes. Objetivo: Promover o autocuidado aos pés, sensibilizando a população alvo para a importância do autocuidado de forma a prevenir possíveis complicações e capacitando-os para a deteção precoce das mesmas.
Elaboração de Folheto informativo “Cuide dos seus Pés” (Apêndice 9)	Elaborado com uma síntese da informação divulgada na sessão de educação para a saúde com o mesmo nome. Foi distribuído a todos os participantes presentes nas duas sessões de educação para a saúde, providenciando suporte físico da sessão.
Oferta de um mini kit para cuidar dos pés	Como forma de motivar e agradecer a presença. Composto por lima de cartão e creme para hidratação dos pés.
Registo informático em linguagem CIPE® na Comunidade criada no programa Sclínico “PIC-Pé Diabético 2018”	Foram efetuados os registos do agendamento da sessão através de contacto não presencial (via telefónica) à população alvo, como intervenção: <ul style="list-style-type: none"> • Executar contacto telefónico para continuidade de cuidados. E as seguintes intervenções em contacto presencial após a sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre a Diabetes; • Ensinar sobre comportamento de procura de saúde; • Educar para a saúde; • Providenciar material de leitura; • Avaliar conhecimento da comunidade para promover comportamento de procura de saúde (questionário de conhecimentos); • Monitorizar nº de elementos da comunidade presentes no contacto;

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comunicação recetiva; • Otimizar comunicação.
Realização de sessão de educação para a saúde “CUIDE PARA PREVENIR” (Apêndice 10)	<p>Reforçados os conhecimentos transmitidos na primeira sessão de forma sintética acompanhado de uma demonstração prática à medida que ia decorrendo a sessão.</p> <p>Realizada uma dinâmica de grupo, que consistia em efetuar a forma do próprio pé em papel Eva, com dois objetivos: servir de um dispositivo de auxílio na hora de comprar sapatos e ir avaliando a evolução de alterações nos pés, como deformações.</p> <p>Objetivo: Promover o autocuidado aos pés, demonstrando quais os cuidados a ter e algumas estratégias para ultrapassar obstáculos.</p>
Elaboração de <i>Checklist</i> “CUIDE PARA PREVENIR” (Apêndice 11)	<p>Foi distribuído a todos os participantes presentes na 2ª sessão de educação para a saúde como suporte físico da sessão, juntamente com marcador.</p> <p>Objetivo: apontar quais os cuidados aos pés realizados e em que dias o fazem, indicado na 1ª folha deste instrumento e na 2ª folha contém informação necessária para realizar o autocuidado de uma forma informada. Realizado em material plastificado para reutilizar.</p> <p>No final da sessão foi promovido um lanche para incentivar o convívio.</p>
Registo informático (linguagem CIPE) na Comunidade criada no programa Sclínico “PIC-Pé Diabético 2018”	<p>Esta atividade foi igual à já referida anteriormente após a primeira sessão, a única exceção foi o método para avaliar o conhecimento da comunidade, para tal foi realizado um jogo pedagógico.</p>
Apresentação em <i>PowerPoint</i> do PIC à equipa de enfermagem da UCC (Apêndice 12)	<p>Objetivo: Sensibilizar a equipa de enfermagem para dar continuidade ao Projeto de Intervenção Comunitária.</p>
Elaboração de GUIA RÁPIDO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DIABÉTICA (Apêndice 13)	<p>Elaborado este instrumento no sentido de dar apoio a quem avalia o risco de úlcera diabética.</p> <p>Contributo para a equipa de enfermagem dar continuidade a este projeto.</p>
Criação da pasta digital do PIC na UCC	<p>Foi organizada e compilada documentação de suporte a este PIC que ficou na posse da UCC como:</p>

	documentação sobre a diabetes e suas complicações, orientações e normas atualizadas, tratamento estatístico, os instrumentos elaborados neste contexto (Folheto, <i>Checklist</i> e Guia), assim como as apresentações em <i>PowerPoint</i> das sessões.
--	--

Ambas as sessões de educação para a saúde foram realizadas no espaço físico da Associação supracitada com quem foi estabelecida parceria, tendo disponibilizado também outros materiais e equipamentos, como mesas, cadeiras, canetas para oferecer aos participantes, projetor de imagem e computador, sem necessidade de aquisição ou pedido de empréstimo a outras entidades.

2.6. AVALIAÇÃO

A avaliação como última etapa da metodologia do planeamento em saúde é fundamental para validar se as estratégias escolhidas e implementadas foram indicadas para o sucesso dos objetivos propostos (Imperatori & Giraldes, 1982; Nunes, 2016; Tavares, 1990).

Imperatori & Giraldes (1993, p.178), referem que “numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob forma de indicadores” e ainda que é “através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados”.

Neste contexto é essencial proceder à avaliação das atividades realizadas, esperando que surjam mudanças comportamentais de forma a prevenir a úlcera diabética e a contribuir para uma melhor qualidade de vida.

No sentido de tornar a análise desta etapa mais perceptível, apresentam-se tanto os indicadores de atividade como de resultado nas tabelas que se seguem:

Tabela 2. Avaliação através de indicadores de atividade

Metas	Indicadores de atividade	
Que 30% da população pertencente ao projeto participasse na 1ª sessão	Nº de participantes da população alvo na 1ª sessão de educação para a Saúde/ nº total população alvo (x100)	10 participantes 58.8%
Que 30% da população pertencente ao projeto participasse na 2ª sessão	Nº de participantes da população alvo na 2ª sessão de educação para a Saúde/ nº total população alvo (x100)	7 participantes 41%
Entregar informação individualizada sob a forma de folheto “Cuide dos seus Pés” a 100% da população alvo	Nº de pessoas pertencentes à população alvo a quem foi entregue o folheto “Cuide dos seus Pés”/ nº total população alvo presente na sessão (x100)	Folheto entregue a 10 pessoas 100%
Entregar informação individualizada sob a forma de <i>checklist</i> “CUIDE PARA PREVENIR” a 100% da população alvo	Nº de pessoas pertencentes à população alvo a quem foi entregue a <i>checklist</i> “CUIDE PARA PREVENIR”/ nº total população alvo presente na sessão (x100)	<i>Checklist</i> entregue a 7 pessoas 100%

A mencionar que das duas sessões de educação para a saúde previstas, as mesmas foram realizadas, atingindo a meta de 100%.

A marcação da segunda sessão de educação para a saúde foi realizada no final da primeira, com o intuito de coordenar com outros eventos que pudessem ter e poderem estar presentes na sessão.

Tabela 3. Avaliação através de indicadores de resultado

Metas	Indicadores de resultado	
Que 60% dos participantes demonstre ter conhecimentos sobre o autocuidado aos pés no final da 1ª sessão	Nº participantes que responderam corretamente às questões colocadas no final da 1ª sessão/ nº participantes presentes na 1ª sessão (x100)	10 participantes que responderam corretamente 100%
Que 80% dos participantes avalie satisfatoriamente a sessão “Cuide dos seus pés” relativamente: à	Nº de pessoas que avaliaram satisfatoriamente a sessão / nº	10 participantes satisfeitos

importância do tema, clareza da apresentação, local e duração da sessão	total população alvo presente na sessão (x100)	100%
Que 60% dos participantes demonstre ter conhecimentos sobre o autocuidado aos pés no final da 2ª sessão	Nº participantes que responderam corretamente às questões colocadas no final da 2ª sessão/ nº participantes presentes na 2ª sessão (x100)	7 participantes x 14 questões = 98 2 questões erradas 96 corretas 97,95%
Que 80% dos participantes avalie satisfatoriamente a sessão “CUIDE PARA PREVENIR” relativamente: à importância do tema, clareza da apresentação, dinâmica de grupo, local e duração da sessão	Nº de pessoas que avaliaram satisfatoriamente a sessão /nº total população alvo presente na sessão (x100)	7 participantes que responderam corretamente 100%
Que 100% da população alvo tenha avaliação do risco realizada e registada na base de dados da UCC	Nº participantes com avaliação risco PD/nº participantes PIC (x100)	17 participantes PIC com avaliação do risco de úlcera diabético
Que 100% dos participantes cujo ITB<0,9 sejam referenciados e tenham consulta de CV marcada para hospital da área de residência	Nº participantes com ITB<0,9 referenciados para a consulta CV/ nº participantes propostos para consulta CV (x100)	2 participantes com ITB<0,9 referenciados

No final da 2ª sessão intitulada “CUIDE PARA PREVENIR” foi sugerido por várias pessoas presentes que gostariam que houvesse mais sessões sobre outras temáticas relativas à diabetes, tendo a orientadora clínica assumido esse compromisso visto que por limitação temporal do estágio não poderiam ser por nós realizadas.

Embora a satisfação seja uma vertente da qualidade dos cuidados ligada a fatores pessoais e a sua presença não traduza qualidade técnico-científica, “a sua ausência determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia directamente a adesão do utente”(Imperatori & Giraldes, 1993, p. 192).

Todas as pessoas que estiveram presentes nas sessões de educação para a saúde realizadas avaliaram de modo bastante positivo as mesmas, em relação à importância do tema, clareza da apresentação, dinâmica de grupo, local e duração

da sessão. Existem elementos que estiveram presentes que não são mensuráveis como a empatia e interação entre formadoras e participantes.

Globalmente, consideramos também terem sido atingidos os objetivos deste projeto sob o ponto de vista estrutural, tanto das instalações como da organização, estando adequadas às atividades realizadas. O fator geográfico foi um elemento preponderante na execução das atividades devido à proximidade entre a UCC e a Associação onde decorreram as sessões de educação assim como a residência dos participantes. Realçamos ainda a convergência de sinergia entre a equipa de saúde e a parceria estabelecida.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ao longo deste projeto foi essencial refletir sobre todo o percurso académico que deu origem à aquisição e desenvolvimento de competências comuns ao Enfermeiro Especialista, específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Mestre (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. e Direção-Geral do Ensino Superior, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018). Foi fundamental a mobilização do conhecimento adquirido na fase curricular e decorrente da prática profissional, procurando sempre a evidência científica mais atual.

Foram desenvolvidas competências comuns ao Enfermeiro Especialista nos seguintes domínios:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal** – promovendo uma prática pautada pelo respeito dos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). No decorrer do estágio, as questões éticas foram asseguradas, tendo sido enviados os pedidos de autorização já mencionados ao longo do relatório e obtido as respetivas autorizações, assim como foi garantido o direito à confidencialidade, ao anonimato e à informação a todas as pessoas que participaram no PIC.

- **Melhoria contínua da qualidade** – durante a recolha de dados e as sessões de educação para a saúde realizadas providenciou-se um ambiente calmo, seguro e terapêutico. A avaliação do projeto é um reflexo da procura constante deste domínio, assim como a prática reflexiva implícita no decorrer do estágio de modo a melhorar os pontos menos otimizados. Efetuado o diagnóstico sistemático de lesões existentes nos pés dos utentes com diabetes em Cuidados Continuados e a avaliação do risco de úlcera diabética dos mesmos através de visita domiciliária, assim como os respetivos registos de enfermagem. Contribuímos para o programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados

prestados na UCC, alinhado com o Plano de Ação para o ano de 2018 estando prevista uma auditoria aos registos de enfermagem neste âmbito em dezembro de 2018. Uma vez que a auditoria “permite concluir sobre os resultados obtidos, provenientes da execução das actividades inscritas num plano que se implementou.” e “esses resultados são melhores ou piores conforme satisfaçam ou não os indicadores de actividade” (Nunes, 2016, p.114).

O facto de ter sido elaborado e disponibilizado um guia rápido para avaliação do risco de úlcera diabética, foi uma mais valia para a equipa no sentido de deixar um instrumento fundamentado na evidência científica mais atual para a deteção precoce do pé diabético.

- **Gestão dos cuidados** – no sentido de discutir a melhor forma de intervir na comunidade foram realizadas reuniões de peritos já referidas no relatório assim como a articulação com outros serviços de saúde e o estabelecimento da parceria com uma associação sediada no bairro onde se realizou a intervenção comunitária e que servirá de base para intervenções futuras.

- **Aprendizagens profissionais** – este percurso foi acompanhado por um processo de desenvolvimento pessoal e profissional autónomo, marcado pela constante orientação clínica e científica, baseando a prática na evidência de modo a tomar decisões bem fundamentadas.

No que diz respeito à área de especialização em Enfermagem Comunitária as competências desenvolvidas foram:

- **Avaliação do estado de saúde de uma comunidade** – com base na metodologia do planeamento em saúde, a fim de fundamentar todo o trabalho realizado. Importa referir que foi elaborado o diagnóstico de situação tendo em conta os determinantes de saúde, integrando as características socioeconómicas e ambientais da comunidade. Para isso foi realizada uma recolha de dados extensa, mas necessária para a identificação das necessidades de saúde da comunidade abrangida. Após a análise dos dados, conseguimos estabelecer os diagnósticos de enfermagem iminentes.

- **Capacitação de grupos e comunidade** – no sentido de maximizar esta competência, seguimos as várias etapas da metodologia do planeamento em saúde. Após o diagnóstico de situação, foi essencial definir as prioridades, fixar

objetivos e selecionar estratégias. Uma das estratégias escolhidas foi a educação para a saúde, estratégia esta de eleição para contribuir para a capacitação do grupo de participantes deste projeto de intervenção. A realização de duas sessões de educação para a saúde teve como objetivo geral promover o autocuidado aos pés a pessoas com diabetes, assim como a elaboração de material educativo dirigido a este grupo.

Na conquista desta competência e porque o EEEC “Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades”, a participação em diversas atividades da saúde escolar relacionadas com o projeto da UCC sobre alimentação saudável, como reuniões com os pais e idas à escola para realizar medições antropométricas, permitiram reconhecer a importância da interligação escola – saúde escolar – serviços de saúde e o esforço requerido para agilizar a comunicação entre os intervenientes (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19356).

- **Contribuição para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde** – as atividades desenvolvidas no decurso do estágio, tanto as que fizeram parte do PIC como as restantes aqui já descritas, foram norteadas pelo PNS, PND, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável e pelas orientações e normas emanadas pela DGS.

- **Vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico** – foi justificada a temática do projeto fundamentada na análise epidemiológica efetuada pois constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde e doença.

Em relação às competências desenvolvidas para a obtenção do grau de Mestre, foram sendo referidas através desta reflexão, nomeadamente a nível do desenvolvimento de competências de aprendizagem de forma autónoma, com capacidade de integrar e aplicar esses mesmos conhecimentos na prática e que estão salientados no relatório, para além do aprofundamento das competências profissionais já expostas. E ainda “ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos (...) a especialistas (...) de forma clara e sem ambiguidades” (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. e Direção-Geral do Ensino Superior, 2013, p.100). Esta competência evidenciada no 1º Seminário

Internacional do Mestrado em Enfermagem com o poster científico intitulado “Estratégias de Educação para a Saúde na prevenção de quedas de idosos no domicílio: a *scoping review*” (Apêndice 14).

Segundo Benner (2001, p.54) a enfermeira competente faz uma “planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização.”, assim consideramos que desenvolvemos competências na área da Enfermagem Comunitária.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao exposto e uma vez que as doenças crônicas não transmissíveis estão em expansão mundial, devido a vários fatores que conjugados, resultam em altas taxas de morbidade e mortalidade, realçamos a elevada prevalência da diabetes. A redução da população jovem e o aumento do índice de envelhecimento, assim como comportamentos e estilos de vida não saudáveis contribuem para o aumento da carga global destas doenças, o que vai gerar maior demanda da parte dos cuidados de saúde primários.

A gestão da diabetes envolve uma quantidade considerável de autocuidado e por conseguinte, a educação é fundamental para que as pessoas desenvolvam as suas habilidades de maneira a prevenir futuras complicações. Tendo o pé diabético um lugar de destaque como a complicação da diabetes que aufere mais custos à sociedade, justificadas as razões ao longo deste documento, que o apontam como um grave problema de saúde pública, impunha-se intervir na sua prevenção.

Este Relatório dá visibilidade ao PIC desenvolvido, alicerçado nas políticas de saúde atuais, na metodologia do Planeamento em Saúde e no referencial teórico de Dorothea Orem com a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado.

Reconhecida a importância de capacitar as pessoas com diabetes para assumir o controle efetivo da sua doença, envolvendo-as ativamente nos cuidados aos pés de modo a prevenir o aparecimento de lesões ulcerativas, cabe ao EEEEC assumir o planeamento e a implementação desta intervenção. Ao escolhermos a educação para a saúde como uma das estratégias, assumimos a sua importância no empoderamento da comunidade no sentido de fazerem escolhas informadas na gestão da sua doença. Inferimos ainda que a educação contínua das pessoas pode prevenir o aparecimento de novos casos e reduzir a gravidade das lesões. As sessões de educação para a saúde realizadas focaram-se nos cuidados a ter com os pés, conselhos práticos de higiene, conhecimento dos agentes

agressores, uso de palmilhas e calçado adequado, a remoção de calosidades, cuidados ungueais adequados e sinais de alerta. No decorrer deste processo educativo atuámos como motivadores para que ocorressem mudanças comportamentais, necessárias na adesão das pessoas ao autocuidado, fortalecendo o desenvolvimento das suas capacidades. Com a partilha de conhecimentos e experiências durante as atividades e o estabelecimento de relações interpessoais, foi notória a satisfação dos participantes, que nos deixou extremamente realizados.

O percurso que decorreu até chegar a este momento constituiu um extraordinário momento de aprendizagem em todas as suas fases, marcado pelo desenvolvimento pessoal e profissional. A salientar a importância das unidades curriculares lecionadas nos dois primeiros semestres, que permitiram este crescimento de forma sustentada. O desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, marcada pela análise reflexiva e crítica ao longo do trajeto. Tendo especial destaque a aquisição e desenvolvimento das competências específicas de EEEC, na avaliação do estado de saúde das comunidades, através da vigilância epidemiológica, tendo em conta os determinantes sociais e de saúde no impacto do bem-estar de grupos e de comunidades, promovendo a capacitação dos mesmos e a dinamização de parcerias para em conjunto contribuírem para a resolução das necessidades de saúde identificadas.

Como sugestões, propomos que:

- Todas as UF possuam material para avaliação do risco de úlcera diabética;
- A equipa de enfermagem da UCC avalie o impacto do material educativo elaborado e dirigido aos participantes do PIC, visto não ter sido alvo de avaliação, podendo constituir um elemento relevante a mensurar no futuro;
- Seja construída e validada uma escala específica de comportamento de autocuidado com os pés, um contributo da investigação fundamental para efetivos ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano de 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. [Acedido a 03.01.2019] Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. e Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P..
- Andrade, N., Sasso-Mendes, K., Faria, H., Martins, T., Santos, M., Teixeira, C., & Zanetti, M. L. (2010). Pacientes com Diabetes Mellitus: Cuidados e Prevenção do Pé Diabético em Atenção Primária à Saúde. *Rev. enferm. UERJ*, 18(4), 616–621. Obtido de <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a19.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. (2ª edição). São Paulo: Santos Editora.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal - Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Costa Almeida, C., Balhau, A. P., Alves, C. P., Neves, J., Mendes, M., Pinheiro, L. F., & Paulino, A. (2006). *Pé Diabético: Recomendações para o diagnóstico, profilaxia e tratamento*. Edição do Capítulo de Cirurgia Vasculard. Sociedade Portuguesa de Cirurgia.

- Direção-Geral da Saúde. (2011a). *NORMA - Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético* (No. 005/2011). Portugal: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052011-de-21012011-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011b). *ORIENTAÇÃO - Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético* (No. 003/2011). Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e extensão a 2020*. Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025*. Direção-Geral da Saúde. Portugal. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Manual orientador dos planos locais de saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017c). *Programa Nacional para a Diabetes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Figueiredo, M.H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Tese de dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras avulsas.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras avulsas.
- Internacional Council of Nurses. (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem* (Edição Portuguesa): Ordem dos Enfermeiros.

- International Council of Nurses. (2015). *Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)* (Edição Portuguesa): Ordem dos Enfermeiros.
- International Diabetes Federation. (2017a). *IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot: A guide for health care professionals*. Bruxelas: International Diabetes Federation.
- International Diabetes Federation. (2017b). *IDF Diabetes Atlas (8ª Edição)*: International Diabetes Federation.
- International Working Group on the Diabetic Foot. (2011). *Diretivas práticas sobre o tratamento e prevenção do pé diabético: Com base no Consenso Internacional sobre o pé diabético*. SPD; GREPED; BAYER HealthCare.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde*. Portugal. Lisboa: Ministério da Saúde
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio (1ª Edição)*. Lisboa: Chiado.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2017). *Relatório de Primavera 2017. Viver em tempos incertos: sustentabilidade e equidade na saúde*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica: «Delivering quality, serving communities: nurses leading chronic care»*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Portugal: Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento nº348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Portugal: Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Portugal: Diário da República.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. United States of America: Mosby.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2015). *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2017). *Health at a Glance 2017*. Paris: OECD Publishing. Obtido de https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Padilha, A. P., Rosa, L. M. da, Schoeller, S. D., Junkes, C., Mendez, C. B., & Martins, M. M. F. P. da S. (2017). Manual de cuidados às pessoas com Diabetes e Pé Diabético: Construção Por Scoping Study. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002190017>

Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. (2ª Edição). Lisboa: Editora Placebo.

Pereira, E. (2004). *A Cinderela da Diabetes. Pé Diabético: Perspectiva de Saúde Pública* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. (1ª Edição). Brasília: LEIASS.

Serra, L. A. (2008). *Pé Diabético: Manual para a Prevenção da Catástrofe* (2ª Edição). Lisboa: Lidel.

Silva, J. (2011). *Prevenção no Pé Diabético e Autocuidados: O que sabem e o que*

fazem os nossos doentes. Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Tese de dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.

Sousa, Z., Celestino Neves, M., & Carvalho, D. (2018). Consulta de Enfermagem: Como, Quando e Porquê? *Revista Portuguesa de Diabetes*, 13(2), 63–67. Obtido de <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2018/07/RPD-Vol-13-nº-2-Junho-2018-Artigo-de-Revisão-págs-63-67.pdf>

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes* - Edição de 2016. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação Nº2. Lisboa: Ministério da Saúde.

World Health Organization. (1978). *International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata*. Alma-Ata: World Health Organization. [Acedido a 04.01.2019] Obtido de https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: World Health Organization. Obtido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. Obtido de https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf

World Health Organization. (2013). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization. Obtido de <http://www.euro.who.int/pubrequest>

World Health Organization. (2016a). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2016b). *National Diabetes Plans in Europe - What lessons are there for the prevention and control of chronic diseases in*

Europe?. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Global Conference on Primary Health Care. Declaration of Astana*. Astana: World Health Organization. Obtido de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

OUTRA LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 28/2008. Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22 (2008). Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS

Guia de Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa

Perfil de Saúde do ACeS Lisboa Norte 2015

Plano de Ação da UCC - ACeS Lisboa Norte 2016

Plano Local de Saúde do ACeS Lisboa Norte 2018-2021

Regulamento Interno da UCC - ACeS Lisboa Norte 2017

APÊNDICES

Apêndice 1. Pedido de autorização ao ACeS para usar dados clínicos/nome UCC

21/09/2018

Gmail - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO - UCC [REDACTED] - utilizar nome e dados clínicos_Mestrado Comunitária



ana francoés <anafrancoez@gmail.com>

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO - UCC Integrar na saúde - utilizar nome e dados clínicos_Mestrado Comunitária

4 mensagens

ana francoés <anafrancoez@gmail.com>

6 de agosto de 2018 09:39

Para:

Cc: [REDACTED]

Ex^a Sr^a Diretora do ACES Lisboa Norte
Dr^a [REDACTED]

Eu, Ana Isabel Canilho Almeida Francoés, mestranda do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, irei realizar o estágio final na UCC [REDACTED] no período compreendido entre o dia 3 de setembro de 2018 e o dia 19 de dezembro de 2018. Venho por este meio solicitar autorização para utilização do nome da UCC [REDACTED] e para aceder aos dados clínicos dos utentes, no regular funcionamento da Sra. Enfermeira [REDACTED], orientadora do estágio. Os dados serão usados, única e exclusivamente, para o desenvolvimento de competências na área de especialidade de Enfermagem Comunitária ao longo do estágio e, ainda, para a produção do relatório do estágio, após anonimizados.

Agradecendo desde já a disponibilidade.

Atenciosamente,

—

Ana Isabel Canilho Almeida Francoés
CC [REDACTED]

[REDACTED] | ACES Lisboa Norte - Direção Executiva [REDACTED] @arsivt.min-saude.pt>

28 de agosto de 2018 14:31

Para: ana francoés <anafrancoez@gmail.com>

Cc:

sau [REDACTED]

Muito Boa Tarde.

AUTORIZADO nos termos e condições solicitados.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Directora Executiva



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



**Apêndice 2. Pedido de autorização à autora do questionário
utilizado na recolha de dados**

15/10/2018

Gmail - URGENTE: Pedido de autorização_Instrumento Recolha de dados_Pé Diabético



ana francês <anafrancez@gmail.com>

URGENTE: Pedido de autorização_Instrumento Recolha de dados_Pé Diabético

4 mensagens

ana francês <anafrancez@gmail.com>

29 de setembro de 2018 11:02

Para:

Cco:

Bom dia Exm^a Sr^a Dr^a

Eu, Ana Isabel Canilho Almeida Francês, Enfermeira desde 2001, atualmente a frequentar o 11^o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio solicitar que me autorize e ceda um exemplar do Questionário por si elaborado para a Tese de Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina intitulado "PREVENÇÃO NO PÉ DIABÉTICO E AUTOCUIDADOS: O QUE SABEM E O QUE FAZEM OS NOSSOS DOENTES", 2011.

Pretendo que este questionário seja o instrumento de recolha de dados que me permita avaliar os conhecimentos e os autocuidados praticados por uma população com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, residente num Bairro Social em Lisboa para assim, avaliar as suas necessidades de saúde e de educação e poder intervir comunitariamente junto da população alvo. O meu Projeto de Intervenção Comunitária intitula-se "Pé Diabético: Ação na Prevenção".

Estou disponível para qualquer esclarecimento necessário através do telemóvel nº 966480804.

Desde já agradecendo a sua disponibilidade.

Atenciosamente,

Ana Francês

Para: ana francês <anafrancez@gmail.com>

29 de setembro de 2018 11:44

Bom dia,
Eu autorizo a utilização do questionário.
Com os melhores cumprimentos,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ana francês <anafrancez@gmail.com>

29 de setembro de 2018 13:11

Para: @gmail.com>

Muito obrigada.

Atenciosamente,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

—
Ana Francês

ana francês <anafrancez@gmail.com>

29 de setembro de 2018 13:38

Para:

Apêndice 3. Consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ana Isabel Canilho Almeida Francês, Enfermeira a frequentar o 11º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, em Estágio na UCC Integrar na Saúde, estou a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária intitulado “Pé Diabético: Ação na Prevenção”, sob orientação da Professora Doutora _____ e da Srª Enfermeira _____. Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração na resposta a um questionário, que tem por objetivo avaliar os conhecimentos acerca dos cuidados aos pés e na autorização para que seja feita observação dos seus pés.

Com este projeto pretende-se monitorizar os conhecimentos e os cuidados a ter com os pés, identificar os obstáculos/impedimentos que influenciam a aplicação desses cuidados na pessoa com diagnóstico de Diabetes Mellitus residente no Bairro _____ assim como promover o autocuidado com os pés, de forma a prevenir lesões ulcerativas e outras complicações.

Se decidir participar neste projeto de intervenção comunitária, saiba que a sua participação:

- É livre e voluntária. Pode recusar participar ou desistir a qualquer momento. Se decidir não participar, em nada afetará os cuidados que lhe são prestados na UCC;
- Não implica riscos;
- As suas respostas são anónimas, e os dados confidenciais;
- As informações resultantes do questionário serão utilizadas para fins educativos ou de publicação de carácter académico ou científico, mas sem a sua identificação;
- A sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo e disponibilidade necessários para responder ao formulário.

Declaro que li e compreendi as informações acima descritas e aceito participar de livre vontade neste projeto de intervenção comunitária, podendo desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências. Tive oportunidade para esclarecer dúvidas e foi-me fornecida toda a informação pedida.

Assinatura do Participante

Assinatura da Mestranda

Data ___/___/__________
Data ___/___/_____

Duas vias do consentimento informado sendo que original fica na posse da Mestranda e o duplicado entregue ao participante que consente.

**Apêndice 4. Dados estatísticos provenientes do
questionário**

Caracterização da amostra		
Idade	Média	73
	Desvio Padrão	7,02568816
Sexo	Feminino	76%
	Masculino	24%
Situação Profissional	Trabalhador ativo	2
	Desempregado	1
	Reformado	14
Estado Civil	Casado	52,9%
	Divorciado	5,9%
	Solteiro	5,9%
	União de facto	5,9%
	Viuvo	29,4%
Índice Graffar	Classe IV	12
	Classe V	5

Estado geral de saúde		
Enfarte agudo do miocárdio	Não	82%
	Sim	18%
Insuficiência Cardíaca	Não	100%
Acidente Vascular Cerebral	Não	76%
	Sim	24%
Nefropatia Diabética	Não	82%
	Sim	18%
Retinopatia Diabética	Não	65%
	Sim	35%
Depressão	Não	65%
	Sim	35%
Índice massa corporal (kg/m ²)	Magreza <18,5	0%
	Peso normal ≥18,5 - <25	12%
	Pré-obesidade ≥25 - <30	53%
	Obesidade ≥30	35%

Caracterização da amostra em relação à Diabetes		
Anos de Doença	<5	5
	≥5 <10	1
	≥10 <15	2
	≥15 <20	3

	≥20	6
Tipo	Tipo 1	0%
	Tipo 2	47%
	Não sabe	53%
Tratamento	Alimentação / exercício físico	41%
	Insulina	29%
	Antidiabéticos orais	100%
Autopercepção de alterações nos pés	Deformidades / calosidades /infecções	47%
	Falta de sensibilidade/formigueiro	35%
	Dor tipo queimadura	12%
	Pés sempre frios	12%
	Úlcera/ferida prévia	6%
	Úlcera/ferida activa	0%
	Amputação do pé	0%
	Amputação do(s) dedo(s) do pé	0%

Nos últimos 12 meses, no contacto com profissionais foi-me falado sobre:

Alterações da sensibilidade dos pés?	1 vez	6%	1
	Não	94%	16
Como deve fazer a observação diária dos pés?	1 vez	6%	1
	Não	94%	16
Tratamento de calosidades?	1 vez	6%	1
	Não	94%	16
Como deve cortar as unhas?	1 vez	6%	1
	Não	94%	16
A forma como deve escolher os sapatos?	1 vez	6%	1
	Não	94%	16
Cuidados a ter com os sapatos e meias?	1 vez	6%	1
	Não	94%	16

Considera-se devidamente informado sobre:

Observação regular dos pés	algum	24%
	bastante	6%
	nada	29%
	o suficiente	24%
	pouco	18%
Manutenção de limpeza dos pés	algum	6%
	bastante	18%
	nada	12%
	o suficiente	59%
	pouco	6%

Escolha do calçado adequado	algum	35%
	nada	12%
	o suficiente	29%
	pouco	24%
Utilização constante de calçado	algum	35%
	bastante	6%
	nada	29%
	o suficiente	6%
	pouco	24%
Manutenção da pele hidratada	algum	12%
	bastante	12%
	nada	24%
	o suficiente	29%
	pouco	24%
Utilização de um espelho para observar a planta dos pés	nada	94%
	pouco	6%
A evitar temperaturas muito altas ou muito baixas	algum	18%
	bastante	6%
	nada	41%
	o suficiente	12%
	pouco	24%
Do modo de cortar as unhas	algum	35%
	bastante	6%
	nada	18%
	o suficiente	6%
	pouco	35%
Que as calosidades e verrugas só devem ser tratadas por profissionais de saúde	algum	6%
	bastante	24%
	nada	53%
	o suficiente	12%
	pouco	6%
Da utilização de calicidas	nada	76%
	pouco	24%
Quando pedir ajuda devido a problemas nos pés	algum	29%
	bastante	12%
	nada	12%
	o suficiente	35%
	pouco	12%
Quem contactar quando tem problemas nos pés	algum	18%
	bastante	18%
	nada	12%
	o suficiente	41%
	pouco	12%

Obstáculos que encontra para cuidar dos seus pés:		
Não consigo ver bem os pés	Não	18%
	Sim	82%
Não consigo alcançar os meus pés	Não	41%
	Sim	59%
O tratamento é muito dispendioso	Não	29%
	Sim	71%
Pensei que não fosse importante	Não	76%
	Sim	24%
Não sabia o que fazer	Não	47%
	Sim	53%
Tenho dificuldades económicas	Não	0%
	Sim	100%
A minha casa não apresenta condições que mo permitam	Não	94%
	Sim	6%
Eu sabia o que tinha que fazer, mas não como fazê-lo	Não	53%
	Sim	47%

**Apêndice 5. Dados estatísticos provenientes da avaliação
risco pé diabético**

Anamnese		
Complicações tardias	Não	29%
	Sim	71%
Tabagismo	Não	82%
	Sim	18%
Conhecimento não demonstrado	Não	0%
	Sim	100%
Condições socioeconómicas deficientes	Não	59%
	Sim	41%
Calçado e meias inadequados	Não	12%
	Sim	88%

Exame aos pés		
Integridade cutânea alterada	Ambos	82%
	Direito	6%
	Nenhum	12%
Presença de Edema	Ambos	18%
	Esquerdo	12%
	Nenhum	71%
Deformidades do pé	Ambos	18%
	Esquerdo	6%
	Nenhum	76%
Diminuição da sensibilidade por monofilamento	Esquerdo	6%
	Nenhum	94%
Diminuição da sensibilidade por diapasão	Ambos	6%
	Nenhum	94%
Diminuição da sensibilidade por "teste de sens. com algodão"	Nenhum	100%
Diminuição dos reflexos tendinosos	Nenhum	100%
Ausência de pulso pedioso	Nenhum	100%
Ausência de pulso tibial posterior	Nenhum	100%
Claudicação da marcha ou dor dos gêmeos em repouso	Ambos	18%
	Direito	6%
	Nenhum	76%
Cor e temperatura da pele alterada	Nenhum	100%
Índice tíbeo-braquial alterado(<0.9)	Ambos	6%
	Esquerdo	6%
	Nenhum	88%
Antecedentes pessoais de úlcera	Ambos	6%
	Nenhum	94%
Antecedentes pessoais de amputação de membro inferior (minor ou major)	Nenhum	100%

**Apêndice 6. Articulação de parceria com Associação dos
Amigos e Moradores do Bairro**

15/01/2019

Gmail - Parceria entre UCC e [REDACTED]



ana francês <anafrancez@gmail.com>

Parceria entre UCC e [REDACTED]

3 mensagens

ana francês <anafrancez@gmail.com>

Para:

Cco: [REDACTED]

1 de novembro de 2018 15:03

Ao cuidado de

Exma Dire o
Da Associa o Recreativa de Moradores e Amigos do Bairro [REDACTED]

Eu, Ana Isabel Canilho Almeida Francês, Enfermeira a frequentar o 11.º Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, em Estágio na UCC [REDACTED] sob orienta o da Professora Doutora [REDACTED] e da Sr.ª Enfermeira [REDACTED], estou a realizar um Projeto de Interven o Comunitária com a finalidade de promover o autocuidado com os pós, de forma a prevenir lesões ulcerativas e outras complica es a pessoas com o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Sabendo da importância de se estabelecer parcerias com os recursos disponíveis na comunidade, e tendo sido manifestada da vossa parte disponibilidade total e interesse desde o primeiro contacto efetuado entre a UCC e a vossa Associa o, venho por este meio formalizar o pedido a Vossas Excelências para a realiza o de sessões de Educa o para a Saude nas vossas instala es na Rua [REDACTED]

Uma vez que no dia 14 de novembro se assinala o Dia Mundial da Diabetes, e a temática geral do nosso Projeto   a Diabetes, como forma de celebrar este dia, gostaríamos muito de iniciar a primeira sessão educativa nesse dia, conforme o acordado no passado 25 de outubro aquando da visita às instala es. Posteriormente, agendaremos mais sessões tendo em conta a disponibilidade de ambas as partes.

Estarei disponível para mais alguma informa o adicional.

Com os melhores cumprimentos

Ana Isabel Canilho Almeida Francês

Lisboa, 27 de outubro de 2018

  Ana Francês

Para: ana francês <anafrancez@gmail.com>

8 de novembro de 2018 13:34

ola bom dia enfermeira Ana como falado a nossa associa o tem tudo o gosto de disponibilizar a nossa sala para os serviços que necessitar desde ja um bem aja e obrigada pela sua disponibilidade ao servico da comunidade .

Apêndice 7. Cronograma de GANTT

Apêndice 8. Plano e apresentação em *PowerPoint* da sessão de educação para a saúde intitulada “Cuide dos seus pés”

Plano da 1ª sessão de Educação para a Saúde

Título	Cuide dos seus pés			
Data: 14 de novembro de 2018	Hora: 10h30´	Duração da Sessão: 45 minutos		
População alvo	Pessoas com o diagnóstico de Diabetes Mellitus da área de abrangência da UCC que integram o Projeto de Intervenção Comunitária (n=17)			
Objetivos	Sensibilizar a população alvo para a importância do autocuidado aos pés			
	Capacitar a pessoa com Diabetes Mellitus para o autocuidado com os pés			
	Contribuir para o conhecimento da pessoa acerca do autocuidado e da vigilância dos pés			
	Promover a adesão aos conselhos recebidos sobre o autocuidado aos pés			
	Sensibilizar a população alvo para adotar comportamentos que promovam o autocuidado aos pés			
	Contribuir para que a pessoa com Diabetes Mellitus reconheça problemas potenciais em relação aos seus pés			
Local	Associação Recreativa de Moradores e Amigos do _____			
Etapa	Conteúdo	Método/Técnica	Duração	Recursos
Introdução	Apresentação: Formadoras/participantes Tema	Expositivo	5´	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Datashow • Folheto informativo “Cuide dos seus pés” • Kit oferta de material protetor dos pés: 1 saco com amostras de creme hidratante 10ml e lima cartão
Desenvolvimento	- O que é a Diabetes . O que é o Pé Diabético - Sinais de Alerta - Cuidados aos pés	Expositivo com projeção de slides Interrogativo	20´	
Conclusão	-Discussão e esclarecimento de dúvidas; -Distribuição de material de apoio à sessão; -Apresentação do plano da 2ª sessão; -Pedido de colaboração para a 2ª sessão; -Agradecimento pela presença.	Expositivo Interrogativo com discussão e debate	10´	
Avaliação	Presença dos participantes na sessão	Expositivo Interrogativo	10´	<ul style="list-style-type: none"> • Canetas • Questionários
	- Avaliação de conhecimentos			
	- Questionário de satisfação da sessão			

aces LISBOA NORTE

UNIVERSIDADE PORTUGUESA DO SUL

UNIVERSIDADE DE ALCANTARA

**DIABETES
GUIE DOS SEUS PÉS**

14. NOVEMBRO, 2018

Docente: Ana Francisca
Docente/Professora Doutora Carolina Ferraz
Coordenadora: Maria Jansen Estevão

O QUE É O PÉ DIABÉTICO?

- É uma consequência crónica da Diabetes que se manifesta com alteração da circulação, da sensibilidade ou de ambas e que facilitam a formação de pele seca, calos e o aparecimento de feridas nos pés.

→ cicatrização → risco do pé ser amputado

Fatores que contribuem:

- ✓ Anos de doença
- ✓ Deformações nos pés
- ✓ Fumar
- ✓ Mau controle das glicémias

O pé diabético ocorre pela ação destrutiva do excesso de açúcar no sangue.

Ana Isabel Frazão - 11º Património em Informação Comunitária - Universidade Católica Portuguesa

O QUE É A DIABETES?

- Doença crónica e progressiva, que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar da pessoa, com custos elevados;
- Caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue;
- O número de pessoas com Diabetes aumenta de dia para dia;
- Pode provocar complicações crónicas em vários órgãos do organismo: nos rins, olhos, pés...

Ana Isabel Frazão - 11º Património em Informação Comunitária - Universidade Católica Portuguesa

Sinais de Alerta

- Deformações...
- Sensação de formigueiro ou dormência...
- Sensação de queimadura e dor...
- Alteração da cor e da temperatura...
- Feridas difíceis de cicatrizar e sem dor...

...nos pés

Ana Isabel Frazão - 11º Património em Informação Comunitária - Universidade Católica Portuguesa

COMO PREVENIR O PÉ DIABÉTICO?

Controlar o açúcar no sangue

Praticar exercício físico

Evitar fumar

Evitar traumatismos

Cumprir a medicação

Alimentação cuidada

Vigilância regular por profissional de saúde

CUIDADOS DIÁRIOS AOS PÉS

Ana Isabel Presidência - 11º Planalto em Enfermagem Comunitária - Universidade Católica Portuguesa

Cuidados aos pés

Secar os pés



Secar muito bem, incluindo entre os dedos



Ana Isabel Presidência - 11º Planalto em Enfermagem Comunitária - Universidade Católica Portuguesa

Cuidados aos pés

Lavar os pés



- Todos os dias
- Com água morna
- Verificar a temperatura da água (máx. 37º)
- Com sabão neutro
- Não os deixe de molho mais de 10 minutos

Ana Isabel Presidência - 11º Planalto em Enfermagem Comunitária - Universidade Católica Portuguesa

Cuidados aos pés

Observar os pés - Todos os dias



Sugestão: Usar um espelho



Podr ajudar-se não conseguir



ESTAR ATENTO: fissuras, pele seca, calos, cortes, feridas, bolhas, hematomas, picadelas, entorses, inchaço, pontos frios ou quentes, mudanças de cor e às unhas.

Ana Isabel Presidência - 11º Planalto em Enfermagem Comunitária - Universidade Católica Portuguesa

Cuidados aos pés

Hidratar os pés



- Todos os dias
- Creme hidratante
- Aplicar na planta do pé, dorso pé e calcanhar



Não aplicar entre os dedos!

Ana Isabel Freire de - 11º Curso em Enfermagem Convulsa - Universidade Católica Portuguesa

Cuidados aos pés

Calçado

- Nunca ande descalço
- Nunca use os sapatos sem meias
- Use meias de algodão ou de lã pois absorvem melhor a transpiração e permitem ao pé respirar, de preferência brancas
- Use as meias com as costuras para fora ou então meias sem costura
- Não use meias de nylon, nem meias com elástico que apertam na perna



Ana Isabel Freire de - 11º Curso em Enfermagem Convulsa - Universidade Católica Portuguesa

Cuidados aos pés

UNHAS



- Corte as unhas RETAS
- Use uma lima de cartão para desgastar as unhas
- Não corte as unhas muito curtas
- Não corte os cantos das unhas
- Não use alicates afiados nem lâminas
- Não pintar as unhas



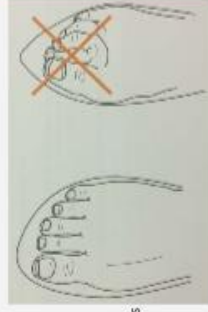
Não corte as próprias unhas se não tiver sensibilidade ou não conseguir vê-las

Ana Isabel Freire de - 11º Curso em Enfermagem Convulsa - Universidade Católica Portuguesa

Cuidados aos pés

Calçado

- Verificar sempre o interior do calçado
- Comprar sempre os sapatos no final do dia
- Não use os mesmos sapatos dois dias seguidos
- Deve usar uma palmilha adaptada ao seu pé



DEVE SER: largo, confortável, fechado, não pode ter costuras interiores, material respirável e apertar com cordões ou velcro, salto com altura máxima 2 a 4cm.

Ana Isabel Freire de - 11º Curso em Enfermagem Convulsa - Universidade Católica Portuguesa

QUESTÕES

- Quantas vezes por semana se deve lavar os pés?
- Quantas vezes por semana se deve observar os pés?
- Quando secam os pés, onde devem ter mais atenção?
- Quantas vezes por semana deve aplicar o creme?
- Em que zona do pé NÃO se deve aplicar creme hidratante?
- Como se deve cortar as unhas?
- Deve se andar descalço?
- O calçado deve ser?

Ana Isabel Freitas - 11º Mestrado em Enfermagem
Comunidade Universitária Ciências Portúgala



Curso de Licenciatura em Enfermagem - 11º Mestrado em Enfermagem - Universidade de Coimbra

"Cuide dos seus pés"

Mantenha os seus pés sempre hidratados!

Importância do pé	NÃO CORTAR	CORTAR	GRATIS	GRATIS
ESCALA DE IMPORTÂNCIA DO PÉ	🚫	😊	😊	😊
LOCAL				
PREVENÇÃO				

curiosidade para saber mais

Ana Isabel Freitas - 11º Mestrado em Enfermagem - Universidade de Coimbra

Apêndice 9. Folheto informativo “Cuide dos seus Pés”

Cuidados aos Pés

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- Nunca andar descalço
- Não cortar os calos
- Não usar calçadas
- Não aquecer os pés com botijas, aquecedores, lareiras (nenhuma fonte de calor)



- Evitar chinélos de dedo, salto alto ou calçado aberto



- Atenção à exposição solar
- Evitar cruzar as pernas ao sentar-se
- Usar chinélos ao sair da cama
- Acenda a luz em ambientes escuros



Sinais de Alerta



- Deformações.
- Sensação de formigamento ou dormência.
- Sensação de queimadura e dor.
- Alteração da cor e da temperatura.
- Feridas difíceis de cicatrizar e sem dor.

Como prevenir o Pé Diabético?

- Alimentação cuidada
- Cumprir a medicação
- Não fumar
- Praticar atividade física
- Controlar o açúcar no sangue
- Evitar traumatismos
- Cuidados diários aos pés
- Vigilância regular por profissionais de saúde



Fonte das imagens utilizadas: www.google.pt

Cuide dos seus Pés



Guia Prático

Para pessoas com Diabetes Mellitus

Elaborado por:
 Ana Francês - Mestranda em Enfermagem Comunitária - Universidade Católica Portuguesa (UCP) Lisboa
 Sob orientação:
 Sandra Esteves - Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária - UCC Integrar na Saúde
 Cândida Fértilo - Professora Auxiliar - UCP Lisboa
 Atualizado em: Novembro de 2018

Diabetes

É uma doença crónica e progressiva, que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar da pessoa, com custos elevados para a pessoa e para a sociedade.

- Caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar no sangue;

- Pode provocar complicações crónicas em vários órgãos do organismo: nos rins, olhos, pés,...

Pé Diabético

É uma consequência crónica da Diabetes que se manifesta com alteração da circulação, da sensibilidade ou de ambas e que facilitam a formação de pele seca, calos e o aparecimento de feridas nos pés.

O pé diabético ocorre pela ação destrutiva do excesso de açúcar no sangue.

Fatores que contribuem

- Anos de doença
- Deformações pés
- Fumar
- Mau controle do açúcar no sangue



Cuidados aos Pés

LAVAR OS PÉS



- Todos os dias
- Com água morna
- Com sabão neutro
- Verificar a temperatura da água (máx. 37º)
- Não os deixe de "molho" mais de 10 minutos

SECAR OS PÉS



- Secar bem entre os dedos

OBSERVAR BEM OS PÉS

ESTAR ATENTO: fissuras, pele seca, calos, cortes, feridas, bolhas, hematomas, pancadas, entorses, inchaço, pontos frios ou quentes, mudanças de cor e às unhas.



- ⇒ Usar um espelho
- ⇒ Se não conseguir, PEDIR AJUDA

APLICAR CREME HIDRATANTE

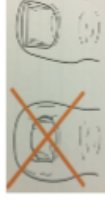
- Todos os dias
- Aplicar na planta do pé, dorso pé e calcanhar

Não aplicar entre os dedos!



Cuidados aos Pés

UNHAS



- Cortar as unhas retas
- Usar uma lima de cartão
- Não cortar as unhas muito curtas
- Não cortar os cantos das unhas
- Não usar alicates afiados nem lâminas
- Não pintar as unhas

Não cortar as próprias unhas se não tiver sensibilidade!

CALÇADO

- Nunca usar os sapatos sem meias
- Usar meias de algodão ou lã
- Usar as meias sem costura
- Verificar sempre o interior do calçado
- Comprar os sapatos no final do dia
- Não usar os mesmos sapatos dias seguidos
- Usar uma palmilha adaptada ao seu pé



DEVE SER: largo, confortável, fechado, não pode ter costuras interiores, material transpirável e apertar com cordões ou velcro, salto com altura máxima 2 a 4cm.

**Apêndice 10. Plano e apresentação em *PowerPoint* da
sessão de educação para a saúde intitulada “CUIDE PARA
PREVENIR”**

Plano da 2ª sessão de Educação para a Saúde

Título			
Data: 5 de dezembro de 2018		Hora: 10h30'	
CUIDE PARA PREVENIR		Duração da Sessão: 60 minutos	
População alvo	Pessoas com o diagnóstico de Diabetes Mellitus da área de abrangência da UCC Comunitária (n=17)		
Objetivos	que integram o Projeto de Intervenção que sensibilizar a população alvo para a importância do autocuidado aos pés e a adotar comportamentos que o promovam Contribuir para o conhecimento da pessoa acerca do autocuidado e da vigilância aos pés Promover a adesão aos conselhos recebidos sobre o autocuidado aos pés		
Local	Associação Recreativa de Moradores e Amigos do		
Etapa	Conteúdo	Método/Técnica	Duração
Introdução	Apresentação: Formadoras/participantes Tema	Expositivo	5'
Desenvolvimento	Cuidados a ter com os pés	Expositivo com projeção de slides	10'
		Demonstrativo	15'
		Ativo (Dinâmica de grupo)	15'
Conclusão	-Discussão e esclarecimento de dúvidas; -Distribuição de material de apoio à sessão; -Agradecimento pela presença; - Lanche de confraternização.	Expositivo Interrogativo	5'
Avaliação	Presença dos participantes na sessão Avaliação dos conhecimentos adquiridos Questionário de satisfação da sessão	Expositivo Interrogativo Ativo	10'
			Recursos
			<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Datashow • Material necessário para exemplificar o autocuidado aos pés: <ul style="list-style-type: none"> - toalha, - sabão neutro; - creme hidratante; - corta-unhas, alicate, tesoura, corta calos; - espelho; - lima de cartão; - sapatos de diferentes formatos; - meias de algodão. • Material necessário para dinâmica de grupo (efetuar a forma do próprio pé em papel EVA): <ul style="list-style-type: none"> - Papel Eva; - Marcadores; - Tesouras. • Folheto informativo "Cuide dos seus pés" • Oferta de Checklist "CUIDE PARA PREVENIR" e marcador
			<ul style="list-style-type: none"> • Canetas • Questionário de satisfação • Material para dinâmica de grupo (avaliação de conhecimentos): <ul style="list-style-type: none"> - Recipientes opacos; - berlimdes; - cartões com imagens; - restante material: acima descrito para o autocuidado aos pés.

aces LISBOA NORTE

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

CUIDE PARA PREVENIR

05 DEZEMBRO 2018


Disciplin.: Ano Branco II
 Docente: Professora Doutora Cavaliari Ferrão
 Orientadora: Sara do Espírito - Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária
 UCC: Imagem na Saúde

Cuidados aos pés

Todos os dias

Secar bem

Secar muito bem, incluindo entre os dedos




www.aceslisboa.pt - Faculdade de Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa

Cuidados aos pés

Todos os dias

Lavar bem

- Com água morna
- Verificar a temperatura da água (máx. 37°)
- Com sabão neutro
- Não os deve de molhar mais de 10 minutos



www.aceslisboa.pt - Faculdade de Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa

Cuidados aos pés

Todos os dias

Observar bem



- ▲ Fissuras, pele seca e calos;
- ▲ Cortes, feridas, bolhas;
- ▲ Hematomas, inchaço, mudanças de cor;
- ▲ Mudança da temperatura (pontos quentes ou frios);
- ▲ Espessamento e escurecimento das unhas (fungos).

Sugestão: Usar um espelho



Pedir ajuda se não conseguir!!

www.aceslisboa.pt - Faculdade de Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa

Cuidados aos pés

Todos os dias



Hidratar

- Creme hidratante
- Aplicar na planta do pé, dorso pé e calcanhar



Não aplicar entre os dedos!

www.observatorio-nacional-emergencias-saude.gov.br - Observatorio Nacional de Emergências em Saúde

Cuidados aos pés

Calçado

- Verificar sempre o interior do calçado
- Comprar sempre os sapatos no final do dia
- Não use os mesmos sapatos dois dias seguidos
- Deve usar uma palmilha adaptada ao seu pé



DEVE SER: largo, confortável, fechado, não pode ter costuras interiores, material respirável e apertar com cordões ou velcro, salto com altura máxima 2 a 4cm.

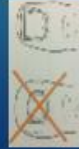
www.observatorio-nacional-emergencias-saude.gov.br - Observatorio Nacional de Emergências em Saúde

Cuidados aos pés

semanalmente

UNHAS

- Corte as unhas RETAS
- Use uma lima de cartão para desgastar as unhas
- Não corte as unhas muito curtas
- Não corte os cantos das unhas
- Não use alicates afiados, corta-cabos nem lâminas
- Não pintar as unhas



Não corte as próprias unhas se não tiver sensibilidade ou não conseguir vê-las

www.observatorio-nacional-emergencias-saude.gov.br - Observatorio Nacional de Emergências em Saúde

Cuidados aos pés

Calçado

- ▶ Use meias de algodão ou de lã pois absorvem melhor a transpiração e permitem ao pé respirar, de preferência brancas;
- ▶ Use as meias com as costuras para fora ou então meias sem costura;
- ▶ Não ande descalço
- ▶ Não use meias de nylon, nem meias com elástico que apertam na perna
- ▶ Não use os sapatos sem meias

www.observatorio-nacional-emergencias-saude.gov.br - Observatorio Nacional de Emergências em Saúde



Diarahkan ke arah yang lebih baik untuk meningkatkan mutu pendidikan
NUJUDI PAKSI BERKUALITAS

Meningkatkan mutu pendidikan

Materi	Penilaian	Penilaian Akhir
KEPENDIDIKAN ISLAM	85	85
KEPENDIDIKAN		
KEPENDIDIKAN		
KEPENDIDIKAN		
KEPENDIDIKAN		
KEPENDIDIKAN		

Diarahkan ke arah yang lebih baik

Apêndice 11. *Checklist* “CUIDE PARA PREVENIR”

CUIDADOS a ter com os PÉS

TODOS OS DIAS DEVE:

LAVAR

- Com água morna
- Com sabão neutro
- Verificar a temperatura da água (máx. 37º)
- Não os deixe de "molho" mais de 10 minutos

SECAR

- Secar bem entre os dedos

OBSERVAR BEM

ESTAR ATENTO: fissuras, pele seca, calos, cortes, feridas, bolhas, hematomas, pancadas, entorses, inchaço, pontos frios ou quentes, mudanças de cor e às unhas.

- Usar um espelho
- Se não conseguir, PEDIR AJUDA

APLICAR CREME HIDRATANTE

- Aplicar na planta do pé, dorso pé e calcanhar
- Não aplicar entre os dedos!

TODAS AS SEMANAS DEVE:

UNHAS

- Cortar as unhas retas
- Usar uma lima de cartão
- Não cortar as unhas muito curtas
- Não cortar os cantos das unhas
- Não usar alicates afiados nem lâminas
- Não pintar as unhas
- Não cortar as próprias unhas se não tiver sensibilidade!

CALÇADO

- Nunca usar os sapatos sem meias
- Usar meias de algodão ou lã
- Usar as meias sem costura ou vestir as meias do avesso
- Verificar sempre o interior do calçado
- Comprar os sapatos no final do dia
- Não usar os mesmos sapatos dias seguidos
- Usar uma palmilha adaptada ao seu pé

não pode ter costuras interiores, material transpirável e apertar com cordões ou velcro, salto com altura máxima 2 a 4cm.

D
I
C
A
S

CUIDE PARA PREVENIR							
Cuidados a ter com os PÉS	Domingo	2ªFeira	3ªFeira	4ªFeira	5ªFeira	6ªFeira	Sábado
Lavar bem							
Secar bem							
Olhar bem							
Aplicar creme							
Cortar as unhas RETAS							
Usar meias algodão ou lã							
Verificar o calçado							
Calçado adequado							
Nunca andar descalço							

Elaborado por Ana Francis - Mestranda em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa (UCP) - Lisboa
 Sob orientação: Sandra Esteves - Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária - UCC Integrar na Saúde e Cláudia Ferro - Professora Auxiliar - UCP Lisboa

TODOS OS DIAS DEVE:

LAVAR

- Com água morna
- Com sabão neutro
- Verificar a temperatura da água (máx. 37º)
- Não os deixe de "molho" mais de 10 minutos

SECAR

- Secar bem entre os dedos

OBSERVAR BEM

ESTAR ATENTO: fissuras, pele seca, calos, cortes, feridas, bolhas, hematomas, pancadas, entorses, inchaço, pontos frios ou quentes, mudanças de cor e às unhas.

- Usar um espelho
- Se não conseguir, PEDIR AJUDA

APLICAR CREME HIDRATANTE

- Aplicar na planta do pé, dorso pé e calcanhar
- Não aplicar entre os dedos!

TODAS AS SEMANAS DEVE:

UNHAS

- Cortar as unhas retas
- Usar uma lima de cartão
- Não cortar as unhas muito curtas
- Não cortar os cantos das unhas
- Não usar alicates afiados nem lâminas
- Não pintar as unhas
- Não cortar as próprias unhas se não tiver sensibilidade!

CALÇADO

- Nunca usar os sapatos sem meias
- Usar meias de algodão ou lã
- Usar as meias sem costura ou vestir as meias do avesso
- Verificar sempre o interior do calçado
- Comprar os sapatos no final do dia
- Não usar os mesmos sapatos dias seguidos
- Usar uma palmilha adaptada ao seu pé

não pode ter costuras interiores, material transpirável e apertar com cordões ou velcro, salto com altura máxima 2 a 4cm.

CUIDE PARA PREVENIR							
Cuidados a ter com os PÉS	Domingo	2ªFeira	3ªFeira	4ªFeira	5ªFeira	6ªFeira	Sábado
Lavar bem							
Secar bem							
Olhar bem							
Aplicar creme							
Cortar as unhas RETAS							
Usar meias algodão ou lã							
Verificar o calçado							
Calçado adequado							
Nunca andar descalço							

D
I
C
A
S

Apêndice 12. Apresentação em *PowerPoint* do PIC à equipa de enfermagem da UCC

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

UCC Integrar na Saúde
3 set a 19 dez
Ava Francês

SOB DIREÇÃO CLÍNICA: Enje Sandra Esteves
Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária

SOB DIREÇÃO ACADÉMICA: Professora Doutora Cândida Ferrito
Instituto Célidas da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Lisboa, 13 de dezembro de 2018

Sumário

- Breve caracterização do local de estágio
- Projeto de Intervenção Comunitária (PIC) – Pertinência
- Enquadramento
- Metodologia – Planeamento em Saúde
- Desafios para o futuro

Objetivos da sessão

- OBJETIVO GERAL:**
- Divulgar o Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido no estágio, à equipa de enfermagem da UCC Integrar na Saúde.
- OBJETIVO ESPECÍFICO:**
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para dar continuidade ao Projeto de Intervenção Comunitária

Caracterização do local de estágio

UCC Integrar na Saúde – ACoS Lisboa Norte – População residente total de 215 018 – 37,04/km²

Área geográfica de abrangência	
Benefícia	Camilde
População residente	19140
Superfície	3,69
Índice Envelhecimento	97
Índice Dependência Idosos	23

Fonte: Plano Local de Saúde ACoS Lisboa Norte 2018-2022

Bairro da Boavista

4379 habitantes

77 anos existência

1521 fogos



Fonte: Google Maps

Enquadramento

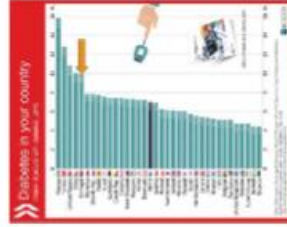
- A Diabetes Mellitus é uma doença crónica e progressiva, acarreta graves consequências para a saúde e bem-estar da pessoa assim como elevados custos sociais e dos sistemas de saúde;
- Prevalência de pandemia séc XXI [OMS] – Previsão a 20 anos de 20% da população mundial será atingida;
- A elevada prevalência da Diabetes Mellitus em Portugal, levou a OCDE a indicar, no seu relatório sobre saúde de 2017, Portugal como um dos países com maior taxa de prevalência da Europa.
- Em 2016 – declaração na Europa – prioriza a Diabetes como um problema maior de Saúde Pública;
- Estima-se que os gastos com o tratamento da doença e das suas complicações seja de 1% do PIB nacional;

PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES, 2017

MISSÃO
Desenvolver e implementar programas de prevenção

PIC - Tema

- Reunião com a En^h Ch^{ef}e Maria Teresa Antunes e En^h orientadora Sandra Esteves; Professora Doutora Amélia Figueiredo e mestrande Ana Francês – 18.maió.2018.
- PERTINÊNCIA**
Necessidade de saúde identificada pela Equipa de Enfermagem, Barcelos, 2018
- Início estágio a 3.set.2018 – Metodologia do PLANEAMENTO EM SAÚDE.



Fonte: International Diabetes Federation, 2018

Planeamento em Saúde

Segundo Tavares (1990) o processo de planeamento é caracterizado por:

- Sempre voltado para o futuro
- Processo permanente, contínuo e dinâmico
- Racionalidade da tomada de decisões
- Seleciona um percurso de ações
- Implica ação, relação de causalidade entre ação tomada e os resultados
- Sistémico e de natureza multidisciplinar
- Iterativo
- Técnica de alocação de recursos
- Processo cíclico
- Técnica de mudança e inovação, para absorver a incerteza do futuro

Por quê planear?

- Intervir nas causas dos problemas;
- Definir prioridades;
- Evitar intervenções isoladas;
- Recursos escassos;
- Melhor utilização dos recursos internos e externos;
- Melhor utilização das aptidões profissionais dos técnicos de saúde.

Imperatori & Gimales, 1982

- Etapas no processo de planeamento em saúde**
- Diagnóstico de Situação
- Definição de prioridades
- Fixação de objetivos
- Seleção de estratégias
- Elaboração de programas e projetos
- Preparação da execução
- Avaliação

Diagnóstico de Situação

Em 2014, na Cidade de Lisboa cerca de 75% das mortes foram devido a:

- Doenças do aparelho circulatório – 32,86%
- Tumores malignos – 27,6%
- Doenças do aparelho respiratório – 9,9%
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas – 4,6%
- 1% inscritos por diagnóstico ativo de Diabetes Mellitus no ACaS Lisboa Norte – dez 2015 – 6,00%

Plan Local de Saúde ACaS Lisboa Norte 2016-2020

Principais causas de morte por idade

1. Doenças circulatorias e a hipertensão
2. Diabetes
3. Doenças do aparelho respiratório
4. Doenças do aparelho digestivo
5. Doenças do sistema circulatório
6. Doenças do sistema respiratório
7. Doenças do sistema circulatório

Definição de prioridades

Foi decidido intervir em todos os diagnósticos de enfermagem formulados.

INDISSOCIÁVEIS

Défi ce de conhecimento

Défi ce de autocuidado

Défi ce de autovigilância

Fixação de objetivos

Pertinência do projeto:

- Necessidade de saúde identificada pela Equipe de Enfermagem. Fonte: Vazzer

Objetivo geral:

- Promover o autocuidado aos pés a pessoas com Diabetes Mellitus.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a população para a importância do autocuidado aos pés
- Capacitar as pessoas com Diabetes Mellitus para o autocuidado aos pés
- Contribuir para o conhecimento da pessoa sobre as prioridades de vigilância dos pés
- Promover a adesão ao cuidado realizado com a equipe de enfermagem
- Sensibilizar a população para a importância do autocuidado aos pés
- Contribuir para que a pessoa com Diabetes Mellitus reconheça a importância do autocuidado aos pés

Finalidade:

- Contribuir para a capacitação a pessoas com Diabetes Mellitus para o autocuidado aos pés.

Seleção de estratégias

Educação para a saúde

- 1ª sessão – CUIDE DOS SEUS PÉS – 14 novembro. 2018
- 2ª sessão – CUIDE PARA PREVENIR – 05 dezembro. 2018

Envolvimento de equipa multidisciplinar

- Referênciação de pessoas com alto risco de úlcera diabética com compromisso vascular para consulta de cirurgia vascular do Hospital de referência por Índice Tornozelo Braço < 0,9 - n.º 2

Mobilização de recursos da comunidade

- Parceria com a Associação Recreativa de Moradores e Amigos do Bairro da Boavista
- Empréstimo de um Kit para avaliação de risco do pé diabético (entidade patronal da mestrandia)
- Disponibilização da UCSF de um Eco Doppler portátil para avaliação pulso tibial e pedioso

Registos de Enfermagem SCLINICO

Criação de uma comunidade no programa Sclínico intitulado "PIC PE DIABÉTICO 2018"

FOCOS

- Autocuidado
- Autovigilância
- Comportamento de adesão
- Aceitação do estado de saúde

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento (capacidade cognitiva, conscientização da importância da saúde expressa para a aprendizagem, envolvimento no processo de ensino/aprendizagem)
- Avaliar o conhecimento sobre Diabetes
- Avaliar conhecimento autovigilância dos pés (demonstra-não demonstra)
- Avaliar o risco de úlcera diabética
- Avaliar potencial para melhorar a capacidade (capacidade física, =)

Preparação da execução – 1ª sessão

Temas da 1ª sessão de Educação para a Saúde

Objetivo	Conteúdos	Atividades	Recursos
Identificar os sinais e sintomas da Diabetes Mellitus (DM) e a importância da prevenção.	Definição de Diabetes Mellitus (DM); Tipos de Diabetes Mellitus (DM1, DM2, DMG); Sinais e sintomas da DM; Fatores de risco para a DM; Importância da prevenção da DM.	Atividade de identificação de sinais e sintomas da DM; Atividade de identificação de fatores de risco para a DM; Atividade de identificação de importância da prevenção da DM.	Cartão de identificação de sinais e sintomas da DM; Cartão de identificação de fatores de risco para a DM; Cartão de identificação de importância da prevenção da DM.
Identificar os sinais e sintomas da Diabetes Mellitus (DM) e a importância da prevenção.	Definição de Diabetes Mellitus (DM); Tipos de Diabetes Mellitus (DM1, DM2, DMG); Sinais e sintomas da DM; Fatores de risco para a DM; Importância da prevenção da DM.	Atividade de identificação de sinais e sintomas da DM; Atividade de identificação de fatores de risco para a DM; Atividade de identificação de importância da prevenção da DM.	Cartão de identificação de sinais e sintomas da DM; Cartão de identificação de fatores de risco para a DM; Cartão de identificação de importância da prevenção da DM.



“Quem não cuida dos seus pés pode sofrer consequências graves”

- Em caso de infeção ou ferida nos pés, não se deve ignorar
- Deve ser reconhecido
- O UIC do SNS

Para saber mais: “Diabetes e os seus pés”
Linha de Apoio ao Diabético

Controlo da glicemia e da hemoglobina glicada
“Você sabe qual?”

Indicador	Valor	Nota
Prevalência de DM	10,0%	10
Prevalência de DMG	1,0%	10
Prevalência de DM1	0,5%	10
Prevalência de DM2	9,5%	10
Prevalência de DMG	0,5%	10

ICSA - Instituto de Saúde da Comunidade

Preparação da execução – 1ª sessão



Atividade 1: Identificação de sinais e sintomas da DM

- Identificar os sinais e sintomas da DM
- Identificar os fatores de risco para a DM
- Identificar a importância da prevenção da DM

Atividade 2: Identificação de fatores de risco para a DM

- Identificar os fatores de risco para a DM
- Identificar a importância da prevenção da DM

Atividade 3: Identificação de importância da prevenção da DM

- Identificar a importância da prevenção da DM



Preparação da execução – 2ª sessão

Estrutura do Trabalho de Educação Física

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do Aluno: _____

Matrícula: _____

Disciplina: _____

Professor: _____

Assunto: _____

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: _____

Objetivos Específicos: _____

Atividade	Conteúdo	Metodologia	Recursos	Avaliação
1. Aquecimento	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação
2. Desenvolvimento	Exercícios de força	Exercícios de força	Colchonete	Observação
3. Volta à calma	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação

CUIDE PARA PREVENIR

Evite lesões durante a execução dos exercícios.

Atividade

Atividade	Conteúdo	Metodologia	Recursos	Avaliação
1. Aquecimento	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação
2. Desenvolvimento	Exercícios de força	Exercícios de força	Colchonete	Observação
3. Volta à calma	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação

Preparação da execução – 2ª sessão

Atividade	Conteúdo	Metodologia	Recursos	Avaliação
1. Aquecimento	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação
2. Desenvolvimento	Exercícios de força	Exercícios de força	Colchonete	Observação
3. Volta à calma	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação

INDICAÇÕES

Evite lesões durante a execução dos exercícios.

Atividade

Atividade	Conteúdo	Metodologia	Recursos	Avaliação
1. Aquecimento	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação
2. Desenvolvimento	Exercícios de força	Exercícios de força	Colchonete	Observação
3. Volta à calma	Alongamento	Exercícios de alongamento	Colchonete	Observação

Avaliação

Indicadores de processo

Taxa de presença (PP) - pessoas presentes no "Espaço de Educação para a Saúde" (E) de pessoas que fazem parte do PIC (total = total de pessoas que fazem parte do PIC) x 100

taxa = 50 (50% de pontuação)

No total estiveram presentes 27 pessoas (27 indivíduos) e 2 acompanhantes e 3 pessoas Diabéticas residentes no BB + 2 pessoas ARM (ABR) e 1 pessoa que fez parte do PIC (total = 32)

taxa = 84,38

No total estiveram presentes 13 pessoas (13 indivíduos) e 3 pessoas Diabéticas residentes no BB + 2 pessoas ARM (ABR) e 1 pessoa que fez parte do PIC (total = 18)

taxa = 72,22 (72,22% de pontuação)

Indicadores de resultado

Previsão - Quantificação de avaliação aplicada aos indivíduos e ao - foram aplicadas a todos as pessoas que participaram no espaço

Realizada a avaliação dos conhecimentos adquiridos com questões - que foram feitas e responderam corretamente

Avaliação - Quantificação de avaliação aplicada aos indivíduos e ao - foram aplicadas a todos as pessoas que participaram no espaço

Realizada a avaliação dos conhecimentos adquiridos em forma de jogo pedagógico para escolher a opção correta.

Registos de Enfermagem CLINICO

• Pié sessões - foram contactadas telefonicamente as pessoas pertencentes à nossa amostra para convidar a participar em cada sessão - registado como planeamento em contacto não presencial.

• Após cada sessão, foram efetuados os respetivos registos:

• Abir contacto - presencial

Intervenções de enfermagem:

- ✓ Avaliar conhecimento sobre a Diabetes;
- ✓ Avaliar conhecimento sobre a autovigilância dos piés;
- ✓ Ensinar sobre comportamento de procura de saúde;
- ✓ Educar para a saúde;
- ✓ Providenciar material de leitura;
- ✓ Avaliar conhecimento da comunidade para promover comportamento de procura de saúde;
- ✓ Monitorizar número de elementos da comunidade presentes no contacto;
- ✓ Avaliar comunicação recíproca;
- ✓ Otimizar comunicação.

Indicadores de processo

Taxa de presença (PP) - pessoas presentes no "Espaço de Educação para a Saúde" (E) de pessoas que fazem parte do PIC (total = total de pessoas que fazem parte do PIC) x 100

taxa = 50 (50% de pontuação)

No total estiveram presentes 27 pessoas (27 indivíduos) e 2 acompanhantes e 3 pessoas Diabéticas residentes no BB + 2 pessoas ARM (ABR) e 1 pessoa que fez parte do PIC (total = 32)

taxa = 84,38

No total estiveram presentes 13 pessoas (13 indivíduos) e 3 pessoas Diabéticas residentes no BB + 2 pessoas ARM (ABR) e 1 pessoa que fez parte do PIC (total = 18)

taxa = 72,22 (72,22% de pontuação)

Indicadores de resultado

Previsão - Quantificação de avaliação aplicada aos indivíduos e ao - foram aplicadas a todos as pessoas que participaram no espaço

Realizada a avaliação dos conhecimentos adquiridos com questões - que foram feitas e responderam corretamente

Avaliação - Quantificação de avaliação aplicada aos indivíduos e ao - foram aplicadas a todos as pessoas que participaram no espaço

Realizada a avaliação dos conhecimentos adquiridos em forma de jogo pedagógico para escolher a opção correta.

Outras atividades

- Avaliação do risco de úlcera diabética nos doentes - CCI
- Elaboração de um GUIA RÁPIDO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DIABÉTICA
- Passa digital com a documentação utilizada no PIC
- Participar na dinâmica da UCC



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

DESAFIOS PARA O FUTURO

- ✓ Continuação do PIC pela equipa UCC
- ✓ Reavaliação do risco de úlcera diabética

Amostra PIC → **Doentes CCI**

Baixo Risco – vigilância anual

Médio Risco – vigilância semestral

Alto Risco – vigilância de 1 a 3 meses

CAPACITAR PARA PREVENIR O PÉ DIABÉTICO

- Avaliação do PIC dentro de 3 meses

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2018). *Diabetes em Portugal 2018*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2019). *Diabetes em Portugal 2019*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2020). *Diabetes em Portugal 2020*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2021). *Diabetes em Portugal 2021*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2022). *Diabetes em Portugal 2022*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2023). *Diabetes em Portugal 2023*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2024). *Diabetes em Portugal 2024*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2025). *Diabetes em Portugal 2025*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2026). *Diabetes em Portugal 2026*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2027). *Diabetes em Portugal 2027*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2028). *Diabetes em Portugal 2028*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2029). *Diabetes em Portugal 2029*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2030). *Diabetes em Portugal 2030*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2031). *Diabetes em Portugal 2031*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2032). *Diabetes em Portugal 2032*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2033). *Diabetes em Portugal 2033*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2034). *Diabetes em Portugal 2034*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2035). *Diabetes em Portugal 2035*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2036). *Diabetes em Portugal 2036*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2037). *Diabetes em Portugal 2037*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2038). *Diabetes em Portugal 2038*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2039). *Diabetes em Portugal 2039*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2040). *Diabetes em Portugal 2040*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2041). *Diabetes em Portugal 2041*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2042). *Diabetes em Portugal 2042*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2043). *Diabetes em Portugal 2043*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2044). *Diabetes em Portugal 2044*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2045). *Diabetes em Portugal 2045*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2046). *Diabetes em Portugal 2046*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2047). *Diabetes em Portugal 2047*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2048). *Diabetes em Portugal 2048*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2049). *Diabetes em Portugal 2049*. Lisboa: Diabets.
- Associação Portuguesa de Diabéticos (APD). (2050). *Diabetes em Portugal 2050*. Lisboa: Diabets.

**Apêndice 13. GUIA RÁPIDO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO
DE ÚLCERA DIABÉTICA**

PE DIABÉTICO

ACQUANITARE
O pé está em situação de risco quando se verifica a presença de qualquer das seguintes condições:

1. Condições das bordas (diminuição da acuidade visual...)
2. Tabagismo
3. Conhecimento não demonstrado (risco da doença, auto- vigilância...)
4. Condições socioeconómicas deficientes
5. Cuidado e meios inadequados

Exame aos pés

	PE Presente	PE Ausente
6. Integridade cutânea alterada (feridas, calosidades, pruras ou injeção fúngica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Presença de edema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deformidades do pé (nas premaxilárias (falanges ou dos dedos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Neuropatia	a. Diminuição da sensibilidade por monofilamento.	<input type="checkbox"/>
	b. Diminuição da sensibilidade por diapasão.	<input type="checkbox"/>
	c. Diminuição da sensibilidade por "teste de semelha com algodão"	<input type="checkbox"/>
	d. Diminuição dos reflexos tendinosos.	<input type="checkbox"/>
10. Isquemia	a. Ausência do pulso pedioso	<input type="checkbox"/>
	b. Ausência do pulso tibial posterior	<input type="checkbox"/>
	c. Claudicação da marcha ou dor dos gêmeos em repouso.	<input type="checkbox"/>
	d. Cor e temperatura da pele alterada	<input type="checkbox"/>
	e. Índice TórnozeLO-Braço Alterado < 0,9	<input type="checkbox"/>
11. Antecedentes pessoais de úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Antecedentes pessoais de amputação de membro inferior (menor ou maior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	0	0

Legenda:
Verde: Ausência de neuropatia, isquemia, úlcera e amputação inferior. Deverá ser feita uma vigilância usual.
Amarelo: Presença de neuropatia - deverá manter-se uma vigilância aumentada.
Vermelho: Evidência de isquemia ou de neuropatia associada aos pontos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, ou história de úlcera cronicada ou amputação prévia. Deverá ser avaliado de 1 a 2 meses.

Nome: _____
 N.º: _____

GUIA RÁPIDO PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DIABÉTICA
 Efetuar a avaliação num ambiente calmo e sem ruído.
 A pessoa a avaliar deve ter conhecimento prévio do que lhe vai ser realizado e pedido, deve também permanecer de olhos fechados.
 A figura 1 apresenta os locais a testar.

EXAME SENSORIAL DOS PÉS
 A neuropatia pode ser detetada utilizando o monofilamento de Semmes-Weinstein, o diapasão de 128Hz e/ou a "boneca" de algodão. Deve-se aplicar primeiro na mão ou cotovelo, para a pessoa saber o que vai sentir nos pés.

- Aplicar o Monofilamento de Semmes-Weinstein (fig.2)**
- ✓ Perpendicular à superfície da pele;
 - ✓ Com uma força suficiente para fazer com que o filamento se curve durante 2 segundos;
 - ✓ Ao longo do perímetro e não no local da úlcera, calosidade ou tecido necrótico;
 - ✓ Pressionar contra a pele e perguntar se a pessoa sente a pressão e onde sente.

- Aplicar o Diapasão 128Hz (fig.3)**
- ✓ Numa parte óssea do lado dorsal da falange distal do pé;
 - ✓ Com uma força constante e perpendicularmente;
 - ✓ Caso a pessoa não consiga sentir as vibrações no dedo grande, o teste deve ser repetido num local mais proximal, como o maléolo da tibia.

Repetir a aplicação 2 vezes em cada local, alternando pelo menos 1 vez com uma aplicação "falsa" em que não é aplicado o filamento (3x por local), o diapasão nem o algodão.

Existe sensibilidade protetora em cada local se as pessoas responderem corretamente a 2 em cada 3 aplicações. A sensibilidade protetora está ausente com 2 respostas incorretas em 3, considera-se que a pessoa está em risco de ulceração.



Elaborado com base nas referências bibliográficas:
 - International Working Group on the Diabetic Foot. (2013). Guidelines for prevention and management of diabetic foot. *Diabetes Care*, 36(11), 1133-1147.
 - Ferreira, E. (2006). A Cuidaria da Úlcera Pé Diabético, *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 114-120.
 - Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vasculares. (2011). *Diagnóstico de diagnóstico vascular - PASAC*. Retrieved December 5, 2018, from <http://www.sociedadeportuguesa.org/2011/05/24/informacao-diagnostico-vascular/>

Elaborado por: Ana Francisca Almeida em colaboração com o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, ICS e em colaboração com o Instituto de Saúde Pública e Instituto de Enfermagem Comunitária - IUC, Integrar na Saúde, ICS e em colaboração com a Professora Doutora Cândida Ferreira - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Apêndice 14. Poster científico intitulado “Estratégias de Educação para a Saúde na prevenção de quedas de idosos no domicílio: a *scoping review*”

Estratégias de Educação para a Saúde na prevenção de quedas de idosos no domicílio: a *scoping review*

Ana Francês^{1,2}; Amélia Figueiredo³; Cândida Ferrito³

¹Mestranda em Enfermagem Comunitária no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Lisboa; ²Enfermeira no Serviço Cardiologia – polo Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE; ³Professora Auxiliar ICS/UCP

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade em todo o mundo, pois o ritmo de envelhecimento da população é muito mais rápido que no passado (DGS, 2017). O envelhecimento tem início antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida; acentua riscos, correlativos da idade e da vulnerabilidade do estado de saúde (Gaspar, 2016). Embora qualquer pessoa, em qualquer idade esteja sujeita a queda, no idoso esse risco é acrescido, possuindo grande significado, uma vez que pode levar à incapacidade e mesmo à morte (Alves et al., 2017). As quedas na população acarretam custos elevados que se agravam quando o idoso sofre diminuição da autonomia e da independência ou necessita de internamento. São a causa mais frequente de acidentes domésticos e de lazer, maioritariamente em pessoas com mais 65 anos, no seu domicílio (Alves et al., 2017).

OBJETIVO

Identificar estratégias de Educação para a Saúde na prevenção de quedas de idosos no domicílio

Tipo de revisão

Scoping Review
The Joanna Briggs Institute, 2017

PESQUISA

- [2013-2018]
- EBSCOhost e PubMed
- Língua: português, inglês e espanhol

Descritores

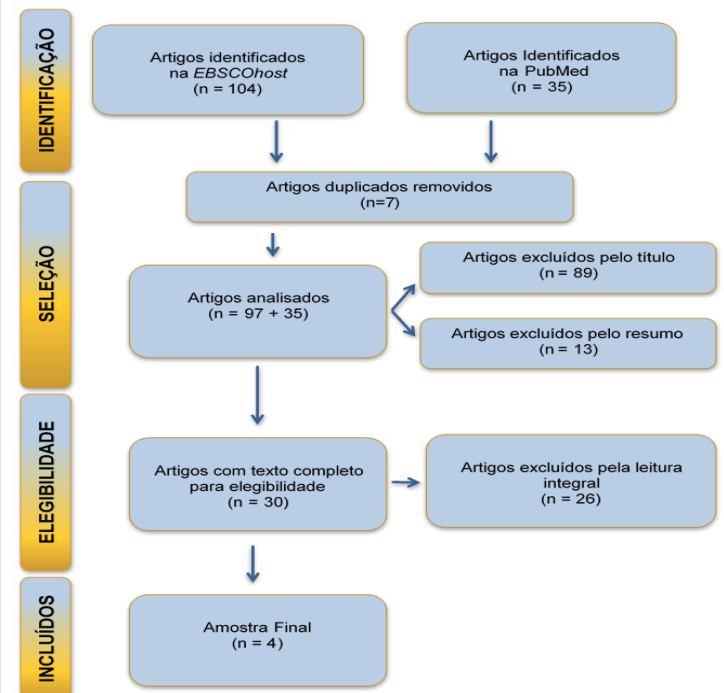
- *health education*
- *accident prevention*
- *accident falls*
- *aged*
- *accidents, home*

RESULTADOS

Salientaram-se várias estratégias de Educação para a Saúde como:

- Discussões em grupo sobre potenciais riscos de queda, para identificar e gerir riscos de segurança em casa e na comunidade;
- Realização de visita domiciliária por um profissional de saúde;
- Promover a programação dos *media* para os idosos;
- Campanhas de consciencialização através dos *media*, jornais comunitários ou de idosos com histórias pessoais de quedas;
- Distribuição de panfletos informativos tanto em vários locais públicos, afixação de cartazes alusivos, fotografias de quedas;
- Workshops sobre a prevenção de quedas;
- Promover a criação de grupos de exercícios para idosos, bingo e encontros;
- Entrevista de avaliação física e mental pelo enfermeiro;
- Educação sobre fatores de risco de queda, alimentação e nutrição, autocuidado com os pés;
- Sessões de exercício concebido para manter a força, coordenação e equilíbrio;
- Educação em saúde teórica e prática em relação à segurança ambiental para o interior da sua residência consistindo numa autoavaliação de segurança residencial, um programa de consciencialização dos perigos no domicílio e educação sobre como modificar e criar um ambiente seguro no mesmo usando uma maquete 60cm x 60cm do seu domicílio;
- Fornecimento de manuais e DVD informativo com a temática da prevenção de quedas.

FLUXOGRAMA PRISMA



CONCLUSÃO

É premente intervir em Educação para a Saúde de modo a promover a saúde e a prevenir as quedas. Cada indivíduo deve ser agente ativo no desenrolar da sua vida através de atitudes promotoras de saúde, sendo a educação para a saúde uma combinação de experiências de aprendizagem destinadas a ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, aumentando os seus conhecimentos ou influenciando as suas atitudes (Zaidi, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R., & Dias, C. M. (2017). Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA 2013-2015. Boletim Epidemiológico Observações. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_2017_artigo10.pdf
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal - Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. Direção-Geral da Saúde, 52. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Orientação no 005/2013 de 10/04/2013. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas. Acedido a 16 junho 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas (Vol. Orientação). Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gaspar, L. C. R. (2016). Envelhecimento e Transição-Adaptação à Reforma: Um estudo de natureza quantitativa e qualitativa. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Mitic, W., Ben Abdelaziz, F., & Madi, H. (2012). Health Education. American Journal of Health Education. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1524839914538045>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Medicine, 6(7), 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- OMS. (2015). RELATÓRIO MUNDIAL DE ENVELHECIMENTO E SAÚDE. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf?sessionid=B459303B89072F977A04F3268F77A18D?sequence=6
- PORDATA - Indicadores de envelhecimento. (n.d.). Acedido a 15 junho, 2018. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores-de-envelhecimento-526>
- The Joanna Briggs Institute. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2017 edition/Supplement. (The Joanna Briggs Institute, Ed.). The Joanna Briggs Institute. Disponível em: www.joannabriggs.org
- WHO. (2013). WHO | Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Acedido a 15 junho 2018. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_education/en/
- Zaidi, A. (2014). Life Cycle Transitions and Vulnerabilities in Old Age: A Review. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/57ce/b0f2388676115b6614b6d5fa88baa41cdea.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Questionário utilizado na recolha de dados

Código_____

OBJETIVO: Monitorizar os conhecimentos e os cuidados a ter com os pés, identificar os obstáculos/impedimentos que influenciam a aplicação desses cuidados na pessoa com diagnóstico de Diabetes Mellitus.

QUESTIONÁRIO¹

I

1. Sexo

Feminino

Masculino

2. Idade

_____ anos

3. Estado civil

Casado

Solteiro

Divorciado

Viúvo

União de facto

4. Profissão

V.S.F.F.

¹ Silva J. PREVENÇÃO NO PÉ DIABÉTICO E AUTOCUIDADOS: O QUE SABEM E O QUE FAZEM OS NOSSOS DOENTES [Tese de Dissertação Mestrado Integrado em Medicina]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2011.

5. Nível e Instrução:

- Sabe ler e escrever
 - Ensino Primário Completo
 - Ensino Básico Completo
 - Ensino Secundário Completo
 - Ensino Superior Completo
-

6. Fonte principal de rendimento

- Fortuna adquirida ou herdada.
 - Rendimento baseado em honorários (profissões liberais).
 - Vencimento mensal fixo, tipo funcionário.
 - Salário quinzenal, semanal, diário, rendimentos reduzidos ou irregulares.
 - Ajuda de origem pública ou privada.
-

7. Tipo de Habitação:

- Vivenda ou apartamento de luxo e muito confortável.
 - Vivenda ou apartamento de categoria média, tanto em espaço, como em conforto.
 - Casa ou apartamento modesto, em bom estado, com distribuição de água, luz e saneamento.
 - Casa a que faltam um ou mais dos seguintes elementos: água, luz e saneamento.
 - Casa imprópria
-

8. Aspecto do bairro onde habita

- Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
- Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
- Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.
- Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno ou das casas está diminuído.
- Bairro de lata

V.S.F.F.

II

9. Responda às questões seguintes, tendo em conta os valores mais aproximados.

- a. Peso _____
- b. Altura _____
- c. Em que ano lhe foi diagnosticada a Diabetes? _____

10. Qual é o seu tipo de "Diabetes"?

- a. Tipo 1
- b. Tipo 2
- c. Não sei

11. Qual ou quais os tratamentos que faz para a "Diabetes"?

- a. Alimentação / exercício físico Sim Não
- b. Insulina Sim Não
- c. Antidiabéticos orais Sim Não

12. Apresenta alterações nos pés?

- a. Deformidades / calosidades/ infecções Sim Não
- b. Falta de sensibilidade/formigueiro Sim Não
- c. Dor tipo queimadura Sim Não
- d. Pés sempre frios Sim Não
- e. Úlcera/ferida prévia Sim Não
- f. Úlcera/ferida activa Sim Não
- g. Amputação do pé Sim Não
- h. Amputação de dedo(s) do pé Sim Não

V.S.F.F.

13. Que outras doenças teve ou tem?

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Enfarte agudo do miocárdio | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Insuficiência cardíaca | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. Acidente vascular cerebral | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d. Nefropatia diabética | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e. Retinopatia diabética | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f. Depressão | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g. Outra _____ | | |

III

14. Costuma observar a planta dos pés?

Nunca 1 ou 2 vezes por mês 1 vez por semana vários dias na semana diariamente

15. Costuma observar o espaço entre os dedos?

Nunca 1 ou 2 vezes por mês 1 vez por semana vários dias na semana diariamente

16. Costuma lavar os pés?

Nunca 1 ou 2 vezes por mês 1 vez por semana vários dias na semana diariamente

17. Quando lava os pés, testa previamente a temperatura da água?

Sim Não

V.S.F.F.

18. Quando lava os pés, mantém-nos de molho mais do que 10 minutos?

Sim Não

19. Ao limpar os pés, seca o espaço entre os dedos?

Sim Não

20. Costuma usar cremes hidratantes nos pés?

Sim Não

21. Costuma inspeccionar o interior do calçado antes de o usar?

Sim Não

22. Que tipo de sapatos usa?

Ajustados ao pé, sem folgas.

Com alguma folga, mas adaptados ao pé.

Outra. Qual? _____

23. Quando os seus sapatos são novos, usa-os durante quantas horas por dia?

Menos de 2 horas

Mais de 2 horas

24. Aproxima os pés de fontes de calor (aquecedores, botijas de água quente, etc.) ou lava-os com água muito quente?

Não

Sim

25. Corta as suas calosidades?

Sim Não

V.S.F.F.

26. Usa calçadas?

Sim Não

27. Como corta as unhas?

- a. Não muito rentes em especial os cantos.
b. Rentes incluindo os cantos.
c. Outra. Qual? _____

28. Se tiver algum problema nos pés que não melhora em poucos dias, o que faz?

- a. Recorre ao médico assistente.
b. Faz tratamentos na tentativa de melhorar.
c. Outro. Qual? _____

IV

29. Nos últimos 12 meses, no contacto com os profissionais de saúde, foi-lhe falado sobre:

a. Alterações da sensibilidade dos pés?

Não Uma vez Mais do que uma vez

b. Como deve fazer a observação diária dos pés?

Não Uma vez Mais do que uma vez

c. Tratamento de calosidades?

Não Uma vez Mais do que uma vez

d. Como deve cortar as unhas?

Não Uma vez Mais do que uma vez

V.S.F.F.

e. A forma como deve escolher os sapatos?

Não Uma vez Mais do que uma vez

f. Cuidados a ter com os sapatos e meias?

Não Uma vez Mais do que uma vez

V

30. Considera-se devidamente informado, acerca:

g. Observação regular dos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

h. Manutenção da limpeza dos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

i. Escolha do calçado adequado:

nada pouco algum o suficiente bastante

j. Utilização constante de calçado:

nada pouco algum o suficiente bastante

k. Manutenção da pele hidratada:

nada pouco algum o suficiente bastante

l. Utilização de um espelho para observar a planta dos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

m. A evitar temperaturas muito altas ou muito baixas:

nada pouco algum o suficiente bastante

n. Do modo de cortar as unhas:

nada pouco algum o suficiente bastante

V.S.F.F.

o. Que as calosidades e verrugas só devem ser tratadas por profissionais de saúde:

nada pouco algum o suficiente bastante

p. Da utilização de calicidas:

nada pouco algum o suficiente bastante

q. Quando pedir ajuda devido a problemas nos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

r. Quem contactar quando tem problemas nos pés:

nada pouco algum o suficiente bastante

VI

31. Obstáculos que encontra para cuidar dos seus pés:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Não consigo ver bem os pés. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Não consigo alcançar os meus pés. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. O tratamento é muito dispendioso. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d. Pensei que não fosse importante. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e. Não sabia o que fazer. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f. Tenho dificuldades económicas. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g. A minha casa não apresenta condições que mo permitam. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| h. Eu sabia o que tinha que fazer, mas não como fazê-lo. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

Muito obrigada pela sua colaboração

Ana Isabel Canilho Almeida Francês

Anexo 2. Orientação nº003/2011 da DGS

ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco
Henrique
Moura George



Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde

NÚMERO: 003/2011

DATA: 21/01/2011

ASSUNTO:	Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético
PALAVRAS-CHAVE:	Pé Diabético
PARA:	Conselhos Directivos das Administrações Regionais de Saúde, I.P.; Conselhos de Administração de Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde; Directores Executivos e Conselhos Clínicos de Agrupamentos de Centros de Saúde; Todos os Profissionais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt) - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (diabetes@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

1. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE POR NÍVEIS

Em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde devem existir organizadas equipas multidisciplinares de cuidados ao pé diabético, adiante designadas por equipa do pé diabético, como a seguir se indica:

São objectivos da equipa do pé diabético em cuidados de nível I:

- A educação da pessoa com diabetes e familiares;
- A avaliação do risco e das medidas preventivas necessárias;
- Os cuidados em lesões não ulcerativas;
- O tratamento de úlceras superficiais;
- A monitorização da patologia ulcerativa em acompanhamento noutro nível de cuidados de saúde.

São objectivos da equipa do pé diabético em cuidados de nível II:

- A avaliação dos casos com patologia ulcerativa e/ou isquémica;
- A avaliação dos casos com patologia ulcerativa complicada por infecção e/ou necrose, a necessitar de eventual desbridamento cirúrgico e internamento;
- O reforço da educação e de medidas preventivas de futuras lesões.

São objectivos da equipa do pé diabético em cuidados de nível III:

- A avaliação de casos clínicos complexos;
- A identificação da necessidade de avaliação vascular;
- Proceder a intervenções vasculares adequadas;
- O reforço de medidas preventivas de futuras lesões.

Em qualquer destes três níveis dever-se-á ter em consideração a necessidade de execução de palmilhas, ortóteses e calçado, individualizados, para o que, localmente, se deverá operacionalizar a melhor organização de cuidados de saúde.

2. PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

a) Educação das pessoas com diabetes e dos familiares: os cuidados a ter com os pés, incluindo a higiene e hidratação da pele, o conhecimento dos agentes agressores, o uso de palmilhas ou suportes plantares, o calçado adequado e a remoção de calosidades, é necessário para se prevenir não apenas o aparecimento de novos casos como a gravidade do quadro clínico.

A prevenção passa pela educação contínua das pessoas com diabetes e seus familiares, bem como, pela formação de profissionais de saúde, no que respeita a:

- i. Observação correcta e adequada dos pés;
- ii. Conselhos práticos de higiene;
- iii. Conhecimento dos agentes agressores;
- iv. Uso de palmilhas e calçado específico;
- v. Remoção de calosidades;
- vi. Cuidados ungueais adequados;
- vii. Sinais de alerta.

b) Utilização de meias e calçado, adequados, por pessoas com diabetes: as meias não podem possuir costuras e elásticos e devem ser de material absorvente (fibras naturais de algodão ou lã). O calçado é a causa mais frequente de lesão do pé diabético. Calosidades ou ulcerações são na maioria das vezes consequência do traumatismo continuado do calçado, localizando-se nos locais de maior pressão ou atrito. Para evitar o aparecimento destas lesões o calçado deve ter espaço para os dedos, isto é, deve medir mais um centímetro para além do dedo mais comprido (avaliação efectuada com a pessoa em pé) e deve ser suficientemente alto e largo na ponta para impedir a lesão dorsal e marginal dos dedos. A altura do tacão não deve ultrapassar dois a quatro centímetros, o calcanhar do calçado deve ser firme e o seu dorso deve ser alto, apertando com cordões, ou velcro, até próximo da articulação túbio-társica, contendo o pé, sem deslizamentos, durante a marcha. O calçado das pessoas com risco médio ou alto deve ser fundo e possuir palmilha amovível, que seja passível de substituição por uma palmilha individualizada e correctora das hiperpressões plantares, responsáveis pelo aparecimento de calosidades e eventual ulceração posterior.

As lesões do pé diabético surgem da insensibilidade provocada pela neuropatia sensitivomotora e/ou da isquemia provocada pelas lesões de aterosclerose no membro inferior. O ser atingida, de forma preferencial, uma destas duas estruturas, nervos ou vasos, irá condicionar o aparecimento de um pé neuropático ou de um pé neuroisquémico.

As lesões do pé neuropático curam, na maior parte dos casos, quando submetidas a um tratamento adequado. O prognóstico do pé neuroisquémico depende já do restabelecimento da circulação sanguínea.

A distinção principal destes dois tipos de pé diabético está na presença ou ausência, de pulsos periféricos. Por esta razão, na prática clínica, os parâmetros diagnósticos decisivos são os vasculares, enquanto os neurológicos apenas são confirmativos.

A confirmação das alterações sensitivas, condicionadas pela neuropatia, deverá ser efectuada em todos os casos, pesquisando a sensibilidade à pressão com o monofilamento de 10 g de *Semmes-Weinstein* e pelo menos mais uma sensibilidade, como a sensibilidade vibratória (uso de diapasão

de 128 Hz) ou a sensibilidade táctil (uso de algodão), ou a pesquisa de reflexos patetares e aquilianos.

O teste do monofilamento de 10 g de *Semmes-Weinstein* é utilizado como marcador de risco de ulceração. O monofilamento deverá ser aplicado perpendicularmente à pele sã, com pressão suficiente para o dobrar durante um máximo de dois segundos. A pessoa com diabetes deverá estar com os olhos fechados, sendo-lhe perguntado se sente a pressão e onde a sente. O teste correcto é efectuado em três locais: para resultados convincentes dever-se-ão efectuar três toques em cada local e alternar toques reais com toques simulados (ver fig.nº1). Considera-se que existe sensação protectora se, para cada local, duas das três respostas forem correctas.

A prevenção das lesões é uma medida prioritária para se reduzirem novos casos e a gravidade do quadro clínico.

3. TRATAMENTO

a) Tratamento de lesões não ulceradas: a pele seca, as calosidades e a patologia da pele e das unhas devem ser sempre tratadas e monitorizadas. Os factores desencadeantes deverão ser avaliados e sempre que possível evitados ou minorados.

b) Tratamento de lesões ulceradas: o alívio da pressão plantar por imobilização com contacto total (gessos ou bota-walker) ou outras técnicas de imobilização (meios-sapatos e felpos) é fundamental para a cura de úlceras plantares. Quando se estabelece a lesão, nomeadamente a úlcera, torna-se prioritário o controlo de infecção. O seu desbridamento cirúrgico, o tratamento médico e a obtenção de um bom controlo glicémico, a maioria das vezes necessitando de insulino-terapia, são medidas essenciais para se obter a cicatrização das úlceras. Não existe um penso ideal para os cuidados locais da úlcera. Esta deverá ser submetida a vigilância regular, desbridamento frequente e colocação de penso que mantenha um ambiente húmido do leito da úlcera (periodicidade do penso a definir caso a caso). O tratamento da úlcera isquémica pode envolver o restabelecimento da circulação sanguínea, pelo que, na sua existência, a pessoa deve ser referenciada para avaliação vascular.

Na presença da úlcera, torna-se prioritário controlar previamente a infecção:

- i. Desbridamento cirúrgico de todas as colecções abcedadas com drenagem do pus;
- ii. Pensos (periodicidade a definir, caso a caso) com a possibilidade de novos desbridamentos;
- iii. Antibioterapia agressiva, de largo espectro (ver lista abaixo), tendo em conta a profundidade da infecção.

Exemplos:

- *Infecções superficiais: administrar flucloroxacilina ou clindamicina;*
- *Infecções profundas ou celulite necrotizante: administrar amoxicilina/ácido clavulânico ou quinolona + clindamicina;*
- *Infecções graves: administrar carbapenemos ou piperacilina/tazobactam.*

Considerar cotrimoxazol ou vancomicina ou linezolid e tigeciclina ou rifampicina na suspeita de infecção por *Estafilococo Aureus* resistente à Meticilina.

A duração da antibioterapia não deverá ser inferior a 2 semanas. A suspeita de uma osteomielite (contacto ósseo com pinça ou presença de erosões na radiografia) torna necessário o seu prolongamento por um período mínimo de 6 semanas, caso não haja a remoção cirúrgica do osso afectado. A gravidade de uma infecção pode determinar o repouso absoluto obrigatório e a administração endovenosa de fármacos.

É importante a obtenção de um bom controlo glicémico, eventualmente com insulino-terapia e a compensação de doenças concomitantes, como a insuficiência cardíaca ou o síndrome nefrótico.

O tratamento da úlcera crónica neuropática baseia-se na remoção regular das queratoses e tecidos necrosados, para evitar o seu pseudo-encerramento e infecção posterior, bem como na correcção das zonas de hiperpressão plantar.

O pé isquémico necessita de uma avaliação orientada para a possibilidade de uma revascularização, envolvendo exames não invasivos e invasivos do sistema arterial.

Os antibióticos vulgarmente utilizados na infecção do pé diabético e respectivas doses médias (por ordem alfabética):

Amoxicilina/ácido clavulânico (ev) 2,2 g 8/8 h	Ertapenem (ev) 1 g 24/24 h
Amoxicilina/ácido clavulânico (oral) 875/125 mg 12/12 h	Levofloxacina (oral) 500 mg 24/24 h
Aztreonam (ev) 1 g 8/8 h	Linezolid (oral) 600 mg 12/12 h
Cefotaxime (ev) 1 g 8/8 h	Meropenem (ev) 1 g 8/8 h
Cefoxitina (ev) 2 g 6/6 h	Imipenem (ev) 500 mg 6/6 h
Ceftriaxone (im/ev) 1g 24/24 h	Flucloxacilina (oral) 500 mg 8/8 h
Cefuroxima (oral) 250 mg 12/12 h	Metronidazol (oral) 500 mg 8/8 h
Ciprofloxacina (oral) 750 mg 12/12 h	Piperacilina/tazobactam (ev) 4,5 g 8/8 h
Clindamicina (ev) 600 mg 8/8 h	Teicoplanina (ev) 6 mg/kg 24/24 h
Clindamicina (oral) 300 mg 6/6 h	Tigeciclina (ev) 50 mg 12/12 h
Cotrimoxazol (oral) 970 mg 12/12 h	Vancomicina (ev) 1 g 12/12 h

USO DO MONOFILAMENTO DE SW



Figura nº 1

APOIO CIENTÍFICO

José Manuel Boavida (Coordenador), Ana Luísa Costa, Rui Carvalho, Rui Oliveira.

BIBLIOGRAFIA

- American Diabetes Association Guidelines. Diabetes Care, Janeiro 2011; 34, S11-S61.
- Boulton A, Armstrong D, Albert S, Frykberg R, Hellman R, Kirkma M, Lavery L, et al. Comprehensive Foot Examination and Risk assessment. A report of the Task force of the Foot Care Interests Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. Diabetes care. 2008; 31(8): 1679-85.
- Boulton A. The diabetic foot: epidemiology, risk factors and the status of care. Diabetes Voice. 2005; 50: 5-7.
- Gardete-Correia L, et al. Estudo da prevalência da diabetes em Portugal (PREVADIAB). Diabetic Medicine. 2010; 27: 879-881.
- International Diabetes Federation Committee. IDF Diabetes Atlas. 4th edition, Brussels: International Diabetes Federation; 2009.
- International Working Group on the diabetic foot. International consensus on the diabetic foot & practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. [CD-ROM]. Amsterdam: International Diabetes Federation; 2007.
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2008-2017(PNPCD). Diabetes: factos e números 2009 relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Portugal; 2010.
- Prompers L, Schaper N, Apelqvist J, Edmonds M, Jude E, Mauricio D et al. Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease (The EURODIALE Study). Diabetologia. 2008; 51: 747-755.
- Serra L. O Pé Diabético: Manual para a Prevenção da Catástrofe: Ed. Lidel; 2008.



Francisco George
Director-Geral da Saúde

**Anexo 3. Avaliação do risco de úlcera diabética existente no
programa Clínico da UCC**

NOME: _____ DATA: ____/____/____ Código: _____

PÉ DIABÉTICO

Pé Diabético

Data	Hora

- Anamnese:
- O pé está em situação de risco quando se verifica a presença de qualquer das seguintes condições:
1. Complicações tardias (diminuição acuidade visual,...)
 2. Tabagismo
 3. Conhecimento não demonstrado (risco da doença, auto-vigilância...)
 4. Condições socioeconómicas deficientes
 5. Calçado e meias inadequados

Exame aos pés		Pé Direito	Pé Esquerdo
6. Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas ou infeção fungica)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Presença de edema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deformidades do pé (nas proeminências ósseas ou dos dedos).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Neuropatia	a. Diminuição da sensibilidade por monofilamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Diminuição da sensibilidade por diapasão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Diminuição da sensib. por "teste de sensib. com algodão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Diminuição dos reflexos tendinosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Isquemia	a. Ausência do pulso pedioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Ausência do pulso tibial posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Claudicação da marcha ou dor dos gêmeos em repouso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Cor e temperatura da pele alterada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Índice tibio-branquial alterado (< 0.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Antecedentes pessoais de úlcera.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Antecedentes pessoais de amputação de membro inferior (minor ou major).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total

Baixo: Ausência de neuropatia, isquemia, úlcera e amputação anterior; Deverá manter-se uma vigilância anual;
Médio: Presença de neuropatia - deverá manter-se uma vigilância semestral;
Alto: Existência de isquemia ou de neuropatia associada aos pontos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia. Deverá ser avaliado de 1 a 3 meses.

