



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO – UM PERCURSO DA COMUNIDADE PARA O HOSPITAL
Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Comunitária

Por Marta Mouro

LISBOA, Março 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO – UM PERCURSO DA COMUNIDADE PARA O HOSPITAL

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

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Comunitária

Por Marta Mouro

Sob orientação de Professora Ana Resende

LISBOA, Março 2011

RESUMO

Este documento pretende fazer um relato sustentado e reflexivo do trabalho realizado no estágio, dividido em três módulos, desenvolvidos no Curso de Mestrado de Natureza Profissionalizante (2009-2011), com vista ao desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

O módulo I, realizado na Unidade de Saúde Santa Casa Castelo, tendo sido feito o diagnóstico de situação e identificadas duas áreas problemáticas, passíveis de intervenção: a Gestão de Materiais provenientes da farmácia e do armazém, e gestão da Diabetes – *Empowerment*. Foi ainda elaborado um projecto de reestruturação da gestão de materiais da Unidade de Saúde, de acordo com necessidades institucionais.

No módulo II, foi desenvolvido um projecto para a criação e estruturação da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes na Unidade de Saúde, com vista à melhoria da oferta de Cuidados de Enfermagem e de saúde à população e igualmente no sentido da autonomia e afirmação da profissão.

No módulo III, foi diagnosticada a necessidade de estabelecimento de parcerias entre a Equipa de Cuidados Domiciliários do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e os recursos comunitários, tendo incidido sobre a articulação com um Centro de Saúde da área de abrangência do hospital e uma Unidade de Saúde Santa Casa – para tornar a transição hospital-casa num processo facilitado e apoiado, envolvendo desde logo o doente e família.

Na gestão, conseguiu-se responder às necessidades expressadas e diagnosticadas. Respondendo a obrigações éticas e de cidadania, bem como desenvolvendo competências de Enfermeiro Especialista, nomeadamente de gestão e liderança de equipas e processos de mudança, bem como o recurso e mobilização de conhecimentos - tendo por base a experiência profissional e de vida, bem como orientações técnicas especializadas.

De salientar em relação à gestão de materiais que o trabalho realizado, deixa o caminho facilitado para os gestores, nomeadamente, o Enfermeiro Coordenador da Unidade de Saúde, rentabilizarem os recursos e diminuírem o desperdício. Bem como, o envolvimento da equipa de Enfermagem, delegando responsabilidades de previsão, gestão e registo de gastos de materiais nos Enfermeiros de cada programa da Unidade de Saúde - deixando o Enfermeiro Coordenador com maior disponibilidade para investir noutras áreas.

Os Enfermeiros estão estrategicamente colocados no seio da equipa multidisciplinar, como elementos privilegiados no acompanhamento à pessoa diabética e família em todo o seu processo terapêutico. Torna-se então clara a importância de cada vez melhor dirigir e aperfeiçoar a abordagem do Enfermeiro aos doentes diabéticos seguidos em consulta de Enfermagem – de inequívoca importância e relevância para o controlo desta pandemia.

O conceito de parcerias é actual, responde às necessidades identificadas da Equipa de Cuidados Domiciliários hospitalar, no sentido de mobilizar recursos e articular-se de forma eficaz com os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – considerados um recurso comunitário de saúde. Fazendo todo o sentido, neste percurso desenvolvido, da comunidade para o hospital, ser explorado no sentido da intervenção em Enfermagem Comunitária.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Enfermagem Comunitária, Gestão de Materiais, Educação Terapêutica na Diabetes, Gestão da Diabetes (*Empowerment*), Parcerias , Parcerias comunitárias.

ABSTRACT

This document is intended to present a sustained, insightful report of the work performed during training, divided into three modules, which was developed within the Professional Master's Course (2009-2011) in order to develop Community Nursing Specialist skills.

In module I, we performed a situation diagnosis of Santa Casa Castelo Healthcare Unit (USSCC) and identified two problematic areas susceptible to intervention: pharmacy and warehouse Material Management, and Diabetes Management – Empowerment. Additionally, we elaborated a restructuring plan for the healthcare unit material management in accordance to institutional needs.

In module II, we developed a plan to create and structure Nursing Visits to patients with diabetes at USSCC in order to improve health and nursing care supply to the population and to turn the professionals more autonomous and prominent.

In module III, we diagnosed the need for establishing partnerships between the Central Lisbon Hospital Centre's Home Based Care Team and the community resources. This focused on articulating a Healthcare Centre from the hospital's influence area with a Santa Casa Healthcare Unit. In this case, the transition from hospital to home would become an easier, better supported process which would immediately involve the patient and his/her family.

Regarding management, we were able to respond to all explicit and diagnosed needs, whether by following ethical and citizenship duties or by developing Nursing Specialist skills, namely team management and leadership, change process management and leadership, and knowledge resource and mobilization based on professional and life experience and specialized technical guidelines.

We would like to highlight that the work performed regarding materials management renders future management efforts, especially those of the Healthcare Unit Coordinating Nurse, easier to improve resource efficiency and decrease waste. Also, by involving the nursing team and delegating materials forecasting, management and spending responsibilities to its members, within the Healthcare Unit, would enable the Coordinating Nurse to be more available to invest in other areas.

Nurses are in a strategic and privileged position regarding the multidisciplinary team that follows the diabetic patient and his/her family throughout the entire therapeutic process. It is at this moment that the relevance of managing and perfecting the Nurse's approach to diabetic patients during Nursing Visits becomes clear and unequivocally important for the control of this pandemic.

The concept of partnerships is up-to-date and it responds to the identified needs of the Hospital's home based care team as it mobilizes resources and it articulates itself effectively with Healthcare Centers and Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) Healthcare Units (it is deemed a community health resource). As so, it is senseful, following this developed pathway from the community to the hospital, to explore this concept regarding Community Nursing intervention.

KEYWORDS: Nursing, Community Nursing, Material Management, Diabetes Therapeutic Education, Diabetes Management (Empowerment), Partnerships, Community Partnerships.

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de expressar o meu agradecimento, em especial, à Professora Ana Resende, orientadora e tutora, pela sua disponibilidade e incentivo ao longo do estágio e da realização deste trabalho.

A todos os que colaboraram directa ou indirectamente na realização deste trabalho, particularmente aos Enfermeiros da Unidade de Saúde Santa Casa Castelo e da Equipa de Cuidados Domiciliários do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Em especial, à Enf.^a Aldina Soares da ECD do CHLC; EPE; e da USSCC ao Enf.^o Rodrigo Ramos, Enf.^a Cátia Silva e Enf.^a Carmo Silva, Dr.^a Elisa Caneco, Administrativa Marta Machado e a Assistente Operacional Maria Alice e Elisabete, pois sem eles este trabalho não seria possível e não faria sentido.

Às Enfermeiras Fátima Fiúza e Margarida Lima Santos do Centro de Saúde de Oeiras, que me receberam de portas abertas.

Aos colegas de trabalho e de mestrado pelo incentivo e partilha de experiências e reflexões.

Aos meus amigos e família, pela compreensão e pelos momentos em que sentiram a minha falta de disponibilidade ao longo desta caminhada pessoal profissional.

Ao Nuno por me transmitir a tranquilidade que o caracteriza e que por vezes me falta, compreendendo sempre a minha dedicação ao trabalho e em especial durante o estágio e a elaboração deste relatório.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
AVD's – Actividades de Vida Diárias
CA – Conselho de Administração
CHLC, EPE – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
CS – Centro de Saúde
CSO – Centro de Saúde de Oeiras
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados
CSX – Centro de Saúde X
DL – Decreto-lei
DM - Diabetes Mellitus
DGS – Direcção Geral de Saúde
Enf.^o - Enfermeiro
Enf.^a – Enfermeira
EC – Enfermeiro Coordenador
ECD – Equipa de Cuidados Domiciliários
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HDE – Hospital de Dona Estefânia
HSM – Hospital de Santa Marta
HSAC – Hospital de Santo António dos Capuchos
HSJ – Hospital de São José
HTA – Hipertensão Arterial
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
ICN – Internacional Council of Nurses
IMC – Índice de Massa Corporal
ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNV – Plano Nacional de Vacinação
PSAI – Programa de Saúde do Adulto e Idoso
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SIECE – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem
US – Unidade de Saúde
USSC – Unidade de Saúde Santa Casa
USSCC – Unidade de Saúde Santa Casa Castelo
UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 - Distribuição da população inscrita na USSCC por idade	28
Fig. 2 - Distribuição da população inscrita na USSCC por freguesia	28
Fig. 3 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por idade	30
Fig. 4 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por género	31
Fig. 5 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do do PSAI por freguesia	31
Fig. 6 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI de acordo com diagnóstico de DM	32
Fig. 7 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI de acordo com diagnóstico de HTA.....	32
Fig. 8 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por IMC.....	33
Fig. 9 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por hábitos de consumo de álcool	33
Fig. 10 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por hábitos de consumo de tabaco.....	34
Fig. 11 - Cronograma semanal do PSAI	45

ÍNDICE

	f.
0. Introdução	11
1. Objectivos Gerais do Estágio	13
2. Campos de Estágio	17
2.1. A SCML	17
2.2. O CHLC, EPE	18
3. Metodologia	19
4. Actividades e Recursos	19
PARTE I – MÓDULO I: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO NA USSCC.	24
1. Objectivos Específicos	25
2. Actividades e Recursos	25
2.1. Área da Gestão de Materiais da USSCC	26
2.2. Área da Gestão da Diabetes – no PSAI da USSCC	27
3. Avaliação	35
3.1. Área da Gestão de Materiais da USSCC	35
3.2. Área da Gestão da Diabetes – no PSAI da USSCC	35
PARTE II – MÓDULO II: PROJECTO DE INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA USSCC.	37
1. Objectivos Específicos:	37
2. Actividades e Recursos	37
2.1. No Projecto de Gestão de Materiais da USSCC	37
2.2. No Projecto da Gestão da Diabetes – <i>Empowerment</i> , pela criação e estruturação da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes do PSAI da USSCC	39
3. Avaliação	48
3.1 – Indicadores de Avaliação para a Gestão de Materiais.	48
3.2 – Indicadores de Avaliação para a Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes.	49
PARTE III – MÓDULO III: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PROJECTO DE INTERVENÇÃO NA ECD DO CHLC, EPE	51
1. Objectivos Específicos	54
2. Diagnóstico de Situação	54
3. Projecto de Intervenção de Parcerias na transição hospital-casa.	56
3.1. – Objectivos gerais e específicos.	58
3.2. – Actividades e recursos:	59
4. Avaliação	60
5. Conclusão	62
6. Referências Bibliográficas	66
7. Anexos	73
ANEXO 1 – Cronogramas dos Projectos de estágio	75
ANEXO 2 – Revisão Bibliográfica sobre Gestão de Materiais	81

ANEXO 3 – Inventário dos artigos requisitados ao Armazém e Farmácia – Gestão de materiais da USSCC	93
ANEXO 4 – Gráficos de perfil de consumos/stock actual	103
– Gráficos do tempo de entrega do material	103
ANEXO 5 – Folha de colheita de dados da população Diabética e Hipertensa do PSAI da USSC	111
ANEXO 6 – Projecto da Gestão de Materiais da USSCC.....	115
ANEXO 7 – Folhas de registo dos consumos e pedidos de materiais da USSCC (e por Programa) ao Armazém e Farmácia.....	119
- Folhas de registo dos níveis de stock e validades de materiais da USSCC (e por Programa) ao Armazém e Farmácia	119
ANEXO 8 – Folha de cálculo (<i>Excel</i>) de pedido de material mensal a realizar na USSCC.	137
ANEXO 9 – Proposta de norma de procedimento para o registo e controlo das validades	141
ANEXO 10 – Acção de formação sobre Gestão de Materiais.....	145
ANEXO 11 – Cartaz da Acção de Formação sobre Gestão de Materiais	151
ANEXO 12 – Projecto da Gestão da Diabetes – Empowerment, pela criação de uma Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes	155
ANEXO 13 – Folha de colheita de dados e registo da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes	185
ANEXO 14 – Folha de competências de auto-cuidado da pessoa com Diabetes	189
ANEXO 15 – Folha de observação e registo do pé diabético	193
ANEXO 16 – Manual/Guia da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes	197
ANEXO 17 – Cartaz da Acção de Formação sobre Gestão da Diabetes/Apresentação do Projecto da consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes.....	201
ANEXO 18 – Acção de Formação sobre Gestão da Diabetes/Apresentação do Projecto da consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes	205
ANEXO 19 – Projecto “Parcerias na transição hospital-casa”	215
ANEXO 20 – Folha de referenciação para o CS X – Equipa de Cuidados Continuados/ USSC – Apoio domiciliário.....	239
ANEXO 21 – Comunicação de ida à Urgência ou Reinternamento - bilateral	243

“Um bom gestor é melhor quando as pessoas mal se apercebem de que ele existe. Não é tão bom quando as pessoas lhe obedecem e o aclamam. Pior quando o desprezam.”

LAO-TZU (604-531 a.C.)¹

“Os doentes querem saber tanta informação quanto possível, mesmo que se trate de más notícias(...)”

LEY²

¹ citado por Lopes dos Reis – in “Manual de Gestão de Stocks, teoria e prática”

² citado por Camarneiro, 2002 - in “Em torno da Adesão aos Protocolos Terapêuticos” Rev. Referência. Nov.2002

0. Introdução

No âmbito do Mestrado de Natureza Profissionalizante em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), foi realizado um estágio dividido em três módulos, de acordo com o definido no plano de estudos do curso, que corresponde a três unidades curriculares módulo I, II e III do estágio.

Importa referir que o estágio decorreu em dois contextos diferentes. Sendo que os dois primeiros módulos decorreram na mesma instituição – a Unidade de Saúde Santa Casa Castelo (USSCC) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), uma unidade de Cuidados de Saúde Primários (CSP). O módulo I e II decorreram, respectivamente, de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010 e de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010. O terceiro módulo decorreu, entre 22 de Novembro de 2010 e 29 de Janeiro de 2011, no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), EPE na Equipa de Cuidados Domiciliários (ECD) hospitalar, inserida nos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), visando assegurar a articulação entre o hospital e a comunidade. Assim, decorreu uma caminhada de crescimento profissional que denominei “Um percurso da comunidade para o hospital”.

No módulo I, foi realizado o diagnóstico de situação na USSCC, tendo sido identificadas duas áreas problemáticas, passíveis de intervenção: a Gestão de Materiais provenientes da farmácia e do armazém centrais, essenciais para o bom funcionamento da Unidade de Saúde (US); e a Gestão da Diabetes no Programa de Saúde do Adulto e Idoso (PSAI), com enfoque na capacitação do doente e família.

No módulo II, foram elaborados dois projectos de intervenção para dar resposta aos problemas identificados: o de reestruturação da Gestão de Materiais da USSCC e a criação e estruturação de uma Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no PSAI.

No módulo III, foi diagnosticada a necessidade e desenvolvido um projecto, no sentido do estabelecimento de parcerias entre a ECD do CHLC, EPE e os recursos comunitários, tendo incidido sobre a articulação com um Centro de Saúde (CS) da área de abrangência do hospital e uma Unidade de Saúde Santa Casa (USSC) – no sentido de unir esforços e recursos de forma a tornar a transição hospital-casa um processo facilitado e apoiado, envolvendo desde logo o doente e família.

A opção dos locais de estágio decorre de sugestões do corpo docente do departamento de Enfermagem Comunitária do ICS-UCP, bem como de razões de proximidade geografia e de interesse pessoal e profissional, pelo trabalho desenvolvido pela SCML, constituindo as suas unidades de saúde um recurso comunitário na área de abrangência do hospital onde desenvolvo a minha actividade profissional; e sobre o trabalho desenvolvido pela ECD do hospital onde trabalho à nove anos.

A justificação de cada um dos projectos, deve-se às necessidades sentidas pelos profissionais de cada um dos locais de estágio quer na da criação e estruturação da Consulta

de Enfermagem à pessoa com Diabetes quer nas “Parcerias na transição hospital-casa”, bem como na necessidade de melhoria da gestão de materiais, expressada pela Enfermeira Directora da SCML e pelo Enfermeiro Coordenador (EC) da USSCC, como uma necessidade premente para cumprir com os objectivos institucionais para o ano de 2010.

A pertinência dos projectos é fundamentada também por: legislação, pelas competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais e Especialistas – definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Pelas orientações internacionais do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo igualmente reafirmadas por orientações nacionais do Plano Nacional de Saúde (do Alto Comissariado da Saúde – Ministério da Saúde) e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, da Direcção Geral de Saúde (DGS). Além de sustentado, por vários autores nacionais e internacionais.

Em relação ao presente trabalho, este relatório surge no contexto da avaliação da unidade curricular com a mesma denominação. Pretende-se elaborar um relatório de actividades reflexivo e sustentado, que traduza a experiência enriquecedora obtida nos três módulos de estágio, na formação pós-graduada e especializada em Enfermagem Comunitária.

Pelo que, foram definidos os seguintes objectivos:

- Descrever o trabalho realizado; ao longo dos três módulos de estágio;
- Apresentar os dados recolhidos mais relevantes;
- Realizar uma avaliação global dos projectos de estágio.

Deste modo, o trabalho é constituído por sete Capítulos. Inicia-se pela presente Introdução, seguindo-se a apresentação dos objectivos gerais do estágio, a apresentação sumária dos dois campos de estágio, metodologia utilizada, actividades e recursos transversais ao longo do estágio. No corpo do trabalho há ainda uma divisão em três partes, de acordo com a matriz do curso, que correspondem aos três módulos de estágio realizados. Em cada uma das partes serão apresentados os contextos/locais de estágio, os objectivos específicos de cada módulo, as actividades realizadas e recursos utilizados, com referência aos projectos realizados e sua avaliação. Para finalizar temos a conclusões gerais do trabalho, as referências bibliográficas e os anexos – onde se incluiu informação considerada relevante acerca do trabalho desenvolvido.

1. Objectivos Gerais do Estágio

Os objectivos gerais do estágio decorrem das orientações do ICS - UCP, do seu Corpo Docente do Guia de Estágio e do Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem da Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, bem como das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária descritas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, Dezembro 2009).

Deste modo, foram traçados os seguintes objectivos gerais de estágio:

- 1- Conhecer e integrar a Equipa de Enfermagem, multidisciplinar e pluriprofissional de cada um dos locais de estágio.
- 2- Demonstrar a capacidade de utilizar a Metodologia de Planeamento em Saúde, através da realização de um Diagnóstico de Situação, em cada um dos locais de estágio, identificando, pelo menos, uma área prioritária para intervir.
- 3- Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem ao adulto e idoso e família, segundo uma perspectiva profissional avançada.
- 4- Elaborar um Projecto de Intervenção, em cada um dos locais de Estágio, de acordo com as necessidades identificadas, tendo em conta a sua avaliação por indicadores de saúde.

Os objectivos traçados estão, igualmente, enquadrados nas orientações legais da Carreira de Enfermagem e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE):

- de acordo com a Carreira de Enfermagem (DL n.º 437/91 de 8 de Novembro, Artigo 7º no n.º 3), ao Enfermeiro Especialista compete:

“a) prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui; c) definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos ou comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias”.

- revogada pela Carreira de Enfermagem (DL n.º 247/2009 de 22 de Setembro), nomeadamente, no Artigo 9.º sobre o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro, cabe aos enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista:

“j) Integrar júris de concursos ou outras actividades de avaliação, dentro da sua área de competência; l) Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização; m) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos

recursos adequando -os aos cuidados de enfermagem a prestar; n) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna; o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores; p) Orientar as actividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.”;

- e, no Artigo 10.º, sobre o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal, cabe a este, integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde:

a) Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respectiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais; b) Exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico -científica em projectos ou programas;(…) e) Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa, decidindo sobre afectação de meios; f) Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos e actualizar procedimentos orientadores da prática clínica; (...) i) Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional; j) Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa;(…) l) Assumir a responsabilidade pelas actividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce actividade; m) Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projectos de desenvolvimento técnico -científico, institucional, de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional; n) Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades; o) Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades(…)”

- de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (DL n.º 161/96), segundo os artigos abaixo citados:

No Artigo 5º, relativamente aos cuidados de enfermagem: “os cuidados de enfermagem são caracterizados por: 1. terem por fundamento uma interacção entre o enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; 2. Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente; 3. utilizarem metodologia científica (...)”.

Artigo 8º - relativamente às dimensões éticas da prática de enfermagem como autonomia, responsabilidade profissional e intervenção socio-política, que: “ 1 – No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. 3 – O exercício da actividade

profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social. 4 - Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”.

De acordo com o Modelo de Desenvolvimento Profissional e Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - (Ordem dos Enfermeiros, Dezembro 2009), existem quatro domínios em se desenvolvem as competências comuns do Enfermeiro Especialista, temos que:

- Responsabilidade profissional, ética e legal - *“A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais(...);*
- Gestão da qualidade - *“B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro (...).”*
- Gestão dos cuidados – *“C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional C2. Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados(...).”*
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – *“D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões do conhecimento(...).”*

Para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, a destacar as competências descritas:

- *“G1. Estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade(...).”*
- *“G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades(...).”*
- *“G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde(...).”*
- *“G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico(...).”*

De salientar os recentes regulamentos publicados em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011: Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (N.º 122/2011) e Regulamento das Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (N.º 128/2011) – que vão de encontro ao anteriormente descrito pelo SIECE (Ordem dos Enfermeiros, Dezembro 2009)

Realizando uma reflexão sobre as competências descritas, estas foram desenvolvidas ao longo do estágio, de acordo com os objectivos traçados, sendo o trabalho desenvolvido no

sentido de os alcançar. De salientar que, para além do desenvolvimento profissional, foi também importante o desenvolvimento pessoal no sentido do crescimento e autonomia.

2. Campos de Estágio

2.1. A SCML

A Direcção de Saúde de Proximidade está à frente dos Serviços de Saúde da SCML, sendo a sua missão a prestação de cuidados de saúde à população carenciada da Cidade de Lisboa nas vertentes preventiva, curativa e de reabilitação, nas áreas dos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados.

A Saúde de Proximidade desenvolve a sua actividade no âmbito da Saúde Comunitária, abrangendo de forma global e integrada todo o ciclo de vida do indivíduo. Através de uma rede de Unidades e Extensões de Saúde, desenvolve a sua acção em estreita colaboração com a Direcção de Acção Social, em complementaridade com outro tipo de estruturas existentes na comunidade, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde.

Tem como filosofia a proximidade do utente inserido numa comunidade, durante todo o seu ciclo de vida, disponibilizando cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade. Os seus objectivos incluem:

- Promover a saúde e prevenir a doença, especialmente através da educação para a saúde;
- Prestar cuidados de saúde primários e diferenciados, em ambulatório ou no domicílio;
- Actuar de forma globalizante e integrada, tendo em conta os diferentes níveis de resposta em Saúde da Santa Casa;
- Promover a articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

Os Serviços de Saúde Santa Casa incluem, na área dos CSP, seis Unidades de Saúde e três Extensões de Saúde dispersas pela cidade, duas unidades móveis (inactivas de momento), um programa para jovens, e um Centro de Avaliação Geriátrica e de Recursos Gerontológicos. Na área dos CSD, existem dois hospitais, Hospital Ortopédico de Sant'Ana e o Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão. Além da Escola Superior de Saúde, em Alcoitão.

Os módulos I e II do estágio decorreram, respectivamente, entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010 e entre 27 de Setembro e 19 de Novembro de 2010, numa das seis USSC, a Unidade de Saúde Santa Casa Castelo (USSCC) – contexto que será apresentado na Parte I, deste relatório.

De salientar que neste contexto foram abordadas duas áreas diferentes: a Gestão de Materiais e a Gestão da Diabetes.

2.2. O CHLC, EPE

O CHLC, EPE resulta da reorganização e reforma na Saúde em Portugal e das novas Políticas de Saúde, agrupando novamente os 4 Hospitais Cíveis de Lisboa – como que um regresso ao antigo “Hospital de Todos os Santos” de onde se formaram. Iniciada com a integração do Hospital do Desterro no Hospital de Santo António dos Capuchos (HSAC) e o Hospital de São José (HSJ), forma-se o Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central – inicialmente apenas o HSAC e o HSJ. Posteriormente, por DL N.º5 A/2007 de 28 de Fevereiro passando a integrar o Hospital de Santa Marta (HSM) e o Hospital de Dona Estefânia (HDE), assumindo a designação de CHLC, EPE.

Este Centro Hospitalar tem uma capacidade de cerca de 1200 camas, distribuídas pelos quatro hospitais que o formam. Trabalham no Centro Hospitalar 6.425 profissionais, dos quais cerca de 2.049 enfermeiros (Gomes, et al., 2009).

A necessidade crescente de vagas de internamento, mais expressiva nos Serviços de Medicina, bem como as altas tendencialmente cada vez mais precoces, reduzindo o tempo de internamento, tornam cada vez mais importante a presença de estruturas de apoio e suporte na fase imediata após a alta. Sendo, muitas vezes, a demora na organização e articulação com estruturas de apoio na comunidade, em tempo útil, que prolonga os internamentos nos serviços.

O CHLC, EPE, constitui-se como hospital de referência de mais de 300.000 utentes (Gomes, et al., 2009) dos nove CS da sua área de abrangência: CS Graça, CS Luz Soriano, CS Lapa, CS São Mamede, CS Alameda, CS Coração de Jesus, CS Marvila, CS Penha de França e CS São João.

As características demográficas e sociais desta população que é maioritariamente envelhecida, residente em habitações com francas carências estruturais e de acessibilidade, incluindo a zona velha e degradada da cidade com existência de casos de doente crónicos com limitações e/ou idosos em isolamento social. Reúnem na sua maioria, pelo menos, um dos seguintes critérios (Gomes, et al., 2009):

- Idade \geq 65 anos, com critérios de fragilidade por dependência para as Actividades de Vida Diárias (AVD's) e/ou síndrome geriátrico;
- Utentes com doenças crónicas;
- Utentes com doença avançada ou em fase terminal;
- Utentes com necessidade de continuidade de cuidados no domicílio;
- Utentes com necessidade de vigilância e tratamentos complexos.

A ECD do CHLC, EPE, onde foi desenvolvido o módulo III de estágio, que decorreu de 22 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011 – contexto que será desenvolvido na Parte III

deste relatório. Neste contexto, a intervenção foi dirigida às parcerias comunitárias em saúde na transição hospital-casa.

3. Metodologia

A metodologia de Planeamento em Saúde foi usada durante o estágio (Imperatori e Giraldes, 1982) – visando uma abordagem que passa pelo Diagnóstico de Situação, Estabelecimento de Prioridades, Fixação de Objectivos e Estratégias e elaboração do Projecto de Intervenção, preparando a sua Operacionalização e Avaliação, por indicadores. De acordo com Tavares (1990 p. 37), *“O Planeamento em Saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações.”*

O instrumento de registo utilizado, o portfólio, foi construído ao longo do ensino clínico com as informações recolhidas, registo das reuniões, reflexões e pesquisa bibliográfica efectuadas. Esta metodologia verificou-se adequada à situação e facilitadora de todo o processo de aprendizagem, constituindo o portfólio, um instrumento essencial à elaboração deste relatório.

Em cada um dos dois locais de estágio foi necessário um período de adaptação e integração ao local, contexto e equipa. Deste modo, foram realizadas actividades no sentido de conhecer melhor os contextos, populações abrangidas e áreas problemáticas a intervir com vista ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (comuns e) no âmbito da Enfermagem Comunitária.

4. Actividades e Recursos

De forma a atingir os objectivos gerais do estágio, foram realizadas actividades e mobilizados recursos que considerei transversais ao longo dos três módulos, pelo que fez sentido abordá-los numa fase inicial deste relatório. As actividades decorreram de acordo com o previsto, nos cronogramas elaborados para cada Projecto (Anexo 1). Seguidamente, em cada uma das três partes deste relatório, serão analisadas as actividades específicas de cada um dos módulos e projectos elaborados.

Actividade 1 - Reuniões formais e informais, com Responsáveis de Enfermagem, Equipa de Enfermagem e outros profissionais.

Estas reuniões foram importantes para o diagnóstico da situação, conhecimento da realidade local e organizacional através da experiência e conhecimentos de que trabalha no contexto diariamente. Constituíram-se como recursos muito úteis e válidos: os EC da USSCC e da ECD, bem como todos os Enfermeiros das equipas, que deram o seu contributo e sugestões, pela sua experiência profissional no terreno.

De salientar o desenvolvimento de competências como:

- a comunicação entre pares de forma a perceber as expectativas e motivações da equipa, produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em conta diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde e de gestão dos cuidados com que me deparei;

- o trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, com enfermeiros, médicos, administrativos e assistentes operacionais, nomeadamente, abrindo uma porta para a colaboração futura com outros profissionais como o Nutricionista e Psicóloga (no caso da área da Gestão da Diabetes);

- a iniciativa da realização das reuniões foi difícil, mas conseguida, através de negociação de forma a delimitar a minha intervenção, para a mudança no sentido da melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente, na Gestão de Materiais da USSCC;

- a liderança das reuniões, da Equipa e de todo o processo de mudança e desenvolvimento dos projectos;

- a abordagem e análise de situações complexas de forma sistemática e criativa, no sentido da compreensão e resolução dos problemas identificados ao longo de todo o estágio;

- a tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas, às responsabilidades sociais e éticas. E, tendo em conta, as necessidades identificadas, nomeadamente, de melhor gestão dos materiais da USSCC e da redução do desperdício, no sentido da capacitação da pessoa com Diabetes, e da criação de parcerias comunitárias na transição hospital-casa, tendo em conta as directrizes do Plano Nacional de Saúde e a melhoria contínua da qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Actividade 2 - Pesquisa bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica permitiu aprofundar e sedimentar conhecimentos, em particular a pesquisa realizada sobre gestão de materiais por ser uma área em que não tinha experiência anterior, o que me permitiu incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências. Permitiu uma tomada de decisões fundamentada, ao longo de todo o percurso de aprendizagem.

Por outro lado, permitiu a partilha de conhecimentos e autores a consultar, no sentido da promoção do desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros - nomeadamente, na Gestão de Materiais e na Gestão da Diabetes na USSCC, bem como nas Parcerias comunitárias em saúde na ECD.

Ficou na US um dossier criado por mim, com vários artigos, circulares normativas e outros documentos que considerei relevantes para as Enfermeiras da USSCC que serão responsáveis pela operacionalização de uma Consulta de Enfermagem dirigida à pessoa com Diabetes. Foi produzido um documento de revisão bibliográfica sobre Gestão de Materiais (Anexo 2), que contém as orientações e autores consultados para a fundamentação da tomada de decisão em todo o processo de reestruturação da mesma.

Actividade 3 - Análise Documental.

A Análise Documental foi intensa e exaustiva na fase inicial do estágio, de forma a contextualizar o problema e definir um ponto de partida para uma melhor e mais eficaz Gestão de Materiais da USSCC. Foi necessário procurar soluções criativas e práticas para os problemas identificados, adequando o método à situação particular e ao contexto em causa.

À medida que conhecia melhor o contexto e a dimensão das situações a intervir, foi necessário um ajuste constante dos projectos e sua delimitação, particularmente na Gestão de Materiais da US, pela necessidade de negociação constante com o EC da USSCC. Consciente do desenvolvimento da capacidade de abordagem de situações complexas e específicas de modo sistemático e criativo.

Actividade 4 – Colheita e tratamento de dados.

A colheita de dados exigiu criatividade e soluções adaptadas. Foram usados os recursos locais como registos em papel, bem como as bases de dados administrativas dos utentes da USSCC, além de mobilizada uma base de dados criada por uma das três médicas do Programa de Saúde do Adulto e Idoso (PSAI).

O tratamento de dados foi realizado com o recurso ao programa *Excel-Windows*, usado em diferentes fases do estágio: para definir níveis de artigos (materiais) e para o posterior registo das encomendas a efectuar; para a caracterização da população da USSCC e para a caracterização da população diabética e hipertensa do PSAI da USSCC; na ECD permitiu a colaboração no tratamento de dados da actividade assistencial (findo o ano de 2010).

A mobilização de recursos e informações, com o contributo de vários grupos profissionais na obtenção de dados relevantes, justificam a necessidade dos projectos apresentados nas três áreas identificadas e abordadas.

Actividade 5 - Reuniões com Docente Orientador – Orientações Tutórias.

As Orientações Tutórias foram úteis para a validação das áreas a intervir, nomeadamente pela introdução de um projecto extra (de Gestão de Materiais), de acordo com o previsto no plano de estudos académico. Surgindo o docente orientador, também como intermediário para a sua necessária delimitação. As sugestões e reflexões partilhadas tornaram visível o percurso no sentido da autonomia e da auto-formação para uma aprendizagem ao longo da vida. O *feedback* ao longo do estágio, nomeadamente nos momentos de avaliação de

cada módulo, actuou como uma motivação suplementar e uma validação positiva para o desenvolver do trabalho.

Actividade 6 – Participação em Acções de Formação consideradas relevantes para a preparação e desenvolvimento do estágio.

- “3º Fórum Nacional de Saúde” – para um futuro com saúde – que se realizou a 8 e 9 de Março de 2010, no centro de Congressos de Lisboa.

Promovido pelo Ministério da Saúde e pelo Alto Comissariado da Saúde, teve como objectivo a reflexão pública e alargada sobre a evolução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e as estratégias para o Plano Nacional de Saúde 2011-16. Foram aprofundados por vários painéis de peritos e individualidades relevantes na sociedade portuguesa, os 4 eixos de desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde 2011-16: a Cidadania, o Acesso, as Políticas saudáveis e a Qualidade - destacando os painéis sobre o “Envelhecimento Activo”, “Equidade e acesso aos Cuidados” e a “Qualidade em Saúde”.

De salientar a riqueza das discussões, a oportunidade de reflectir em saúde com o envolvimento dos vários intervenientes da sociedade civil e não apenas profissionais da saúde, aspecto que vai ao encontro das minhas convicções pessoais e profissionais, de que o caminho a seguir é o do envolvimento das pessoas, comunidades e sociedade civil na saúde.

- “Preparar o regresso a casa – diferentes experiências.” – realizada na área de Gestão e Formação do CHLC, EPE, dia 21 de Junho de 2010 às 15h.

Esta formação fez-me reflectir, sobre o contexto dos cuidados domiciliários (diferente do da minha prática profissional), e sobre as dificuldades sentidas por cada um dos intervenientes no processo de transição hospital-casa. A reflexão crítica e visão do contexto alargado da saúde pública, bem como os testemunhos de Enfermeiras do Serviço de Neurocirurgia, da Equipa de Cuidados Domiciliários e de uma cuidadora informal, permitiram antecipar uma possível área de intervenção. Por outro lado, foi levantado um problema de perda de informação clínica e sócio-familiar dos utentes entre os serviços de internamento, a ECD, os CS e o Serviço de Urgência, onde os doentes recorrem. Assim, vi reforçada a minha percepção pessoal e profissional da necessidade de instrumentos de registo apropriados e adaptados para a transmissão de informação entre parceiros comunitários, de forma a não se perder uma visão holística do contexto de saúde, pessoal, familiar e social de cada indivíduo.

Este momento foi também o escolhido e planeado, para uma apresentação formal à EC da ECD do CHLC, EPE, como aluna e para a marcação de uma reunião de apresentação para o módulo III do estágio.

Os recursos que permitiram a realização do trabalho ao longo do estágio e deste relatório incluíram:

- a) recursos humanos:

- todos os profissionais de cada um dos campos de estágio que partilharam as suas vivências, experiência e conhecimento, incluindo não só a Equipa de Enfermagem mas

também a Equipa Médica, Administrativos e Assistentes Operacionais. Aspecto que foi muito motivador, apesar de muitas vezes implicar algum trabalho acrescido para todos;

- o Corpo Docente do ICS UCP, pela sua disponibilidade, sugestões e orientação.

b) recursos materiais:

- os Centros de Documentação do ICS – UCP, do Pólo Artur Ravara da Escola superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), bem como documentos dos Serviços como Manuais, Relatórios, Registos, e outros documentos disponíveis, a par da base de dados EBSCO e da consulta de sites oficiais da DGS, SCML, da OE e do ICN;

- as instalações físicas da USSCC, dos Serviços Centrais da SCML, da ECD do CHLC, EPE.

c) recurso temporal:

- definido pela organização do Curso de Mestrado de Natureza Profissionalizante em Enfermagem Comunitária, dividido em três módulos de estágio – considerado como adequado para atingir os objectivos propostos e realizar as actividades programadas. Foi desafiante pela realização de três projectos e conseguido de acordo com os cronogramas elaborados para cada projecto.

PARTE I – MÓDULO I: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO NA USSCC.

A USSCC, está localizada num dos típicos bairros da cidade de Lisboa, junto ao Castelo de S. Jorge, com uma magnífica vista do alto sobre o Rio Tejo e a Baixa Pombalina, adoptou o lema “Olhamos para e pela Cidade”. Abrange, actualmente, um total de 26 Freguesias, em conjunto com a Extensão Natália Correia: Castelo, Coração de Jesus, Encarnação, Madalena, Mártires, Mercês, Pena, S. José, S. Mamede, S. Miguel, S. Nicolau, S. Paulo, S Vicente de Fora, Socorro, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, Sé, S. Cristóvão e S. Lourenço, Anjos, Graça, Penha de França e S. Jorge de Arroios.

Como características principais da população abrangida, temos uma população envelhecida, com co-morbilidades associadas, frequentemente em isolamento e dependente de apoio social, com condições de habitação degradadas e com problemas de acessibilidade (prédios antigos sem elevador). De salientar, que o critério de acesso aos serviços da SCML, nomeadamente as US, dependem de uma avaliação socio-económica realizada por técnicos do Serviço Social, baseada em critérios de pobreza ou escalões de rendimentos.

Aberto todos os dias úteis das 8h às 18h. Inclui os programas de: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde do Adulto e Idoso; Planeamento Familiar e Saúde da Mulher (Ginecologia e Obstetrícia); Saúde Mental – Adultos e Apoio Domiciliário. Além de Consultas Psicologia e de Nutrição. O Centro Dr. Domingos Barreiros da SCML é o local onde se realizam as Consultas de Especialidades Estomatologia (e Higienista Oral), Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia e Psiquiatria. Durante o estágio, na sua fase final, foram transferidas as Consultas de Psicologia e Nutrição para o Centro Dr. Domingos Barreiro.

No Programa de Saúde do Adulto e Idoso (PSAI) são realizadas consultas de enfermagem e consultas médicas todos os dias úteis, onde se monitoriza os utentes hipertensos e diabéticos, se realizam tratamentos, vacinação e sessões de Educação para a Saúde. Inclui ainda a atribuição de produtos de incontinência (fraldas, pensos e resguardos) aos Adultos/Idosos, que destes necessitem.

O Apoio Domiciliário é mais uma das valências da USSCC, direccionada para indivíduos com dependência, impossibilitados de se deslocarem à unidade. Tem como principal objectivo garantir a melhoria da qualidade de vida da pessoa, envolvendo a família/comunidade. A sua Intervenção pode ocorrer no domicílio do utente, nos equipamentos da Santa Casa, em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), em Lares Particulares ou Centros de Dia. O Serviço de Apoio Domiciliário Integrado (SADI), foi implementado em 2007 pela SCML, na USSCC visa a intervenção conjunta da acção social e

da saúde para os utentes, famílias e comunidade – no sentido da promoção da autonomia e da qualidade de vida, retardando a institucionalização. São acompanhados pelo Apoio Domiciliário e SADI cerca de 446 utentes no domicílio.

A Equipa de Enfermeiros da US é constituída por 18 Enfermeiros, sendo destes: 7 Enf.º do Apoio Domiciliário (distribuídos em três equipas), 2 Enf.^a na Saúde do Adulto e Idoso e Sala de Tratamentos, 3 Enf.^a na Saúde Infantil e Juvenil – 1 das Enf.^a acumula a o Planeamento Familiar/Saúde da Mulher, 1 Enf.^a na Extensão Natália Correia. Além dos Enf.º deslocados em outros equipamentos da SCML sob alçada da USSCC, como: 1 Enf.º no Centro de Apoio Social dos Anjos (apoio aos Sem Abrigo), 2 Enf.º no Lar do Amparo, 1 Enf.º no Lar dos Anjos e 1 Enf.º na Residência Temporária.

1. Objectivos Específicos

No contexto acima descrito, foram traçados os seguintes objectivos específicos, para desenvolver no primeiro módulo de estágio:

1. Conhecer o contexto organizacional e geográfico em que se insere a USSCC e a Equipa de Enfermagem e multidisciplinar/pluriprofissional;
2. Conhecer e mobilizar dados geodemográficos da população adulta (> 18 anos) abrangida pela USSCC;
3. Identificar, pelo menos, uma área de intervenção necessária e prioritária em Enfermagem.

2. Actividades e Recursos

De forma a responder aos objectivos traçados para o Módulo I foram realizadas actividades de pesquisa bibliográfica e consulta de manuais e registos vários da USSCC, observação da estrutura física e sua organização, reuniões formais e informais com o EC (orientador do local estágio) e Enfermeiros da USSCC (aspectos já desenvolvidos no início do relatório).

A reunião inicial realizada com a Enfermeira Directora da SCML e com o EC da USSCC alertou-me para o primeiro problema a explorar – a Gestão de Materiais. Esta é uma necessidade sentida e enquadra-se nos Objectivos Estratégicos Institucionais definidos para o ano de 2010 (segundo a Enfermeira Directora da SCML). Como forma de dar resposta a esta necessidade foi elaborada uma revisão bibliográfica sobre a gestão de materiais, o papel do

enfermeiro e as suas responsabilidades éticas, legais e sociais pela utilização otimizada de recursos materiais (Anexo 2).

Por outro lado, o auscultar da sensibilidade da Equipa de Enfermagem direccionou-me para uma intervenção na área da Gestão da Diabetes. Por ser uma necessidade sentida e expressada, nomeadamente, pelo EC e manifestada pelas Enfermeiras do PSAI, referida como uma intenção que tem vindo a ser adiada por constrangimentos de tempo e recursos humanos.

Numa fase inicial da minha experiência profissional, tive o privilégio de trabalhar em acumulação de funções num CS, tendo a oportunidade de trabalhar com utentes diabéticos. Esta é uma área que sempre despertou o meu interesse, pelo desafio da promoção da saúde e das mudanças de comportamento para hábitos de vida saudável num contexto de saúde complexo e crónico.

Seguidamente, são descritas as actividades realizadas no sentido do Diagnóstico de Situação na área da Gestão de Materiais da USSCC e na área da Diabetes – no PSAI da USSCC.

2.1. Área da Gestão de Materiais da USSCC.

✓ Criação de Equipa de Gestão de Materiais, pluriprofissional, da USSCC.

A criação de uma equipa para a Gestão de Materiais foi uma necessidade desde logo sentida por mim, não só como forma de envolver os profissionais locais no processo, mas também como forma de agilizar as actividades, mobilizando os recursos humanos que melhor conhecem o contexto. Através de negociação com o EC, foi formalizada uma equipa constituída por mim, pelo EC, uma Administrativa e uma Assistente Operacional. A escolha dos profissionais foi realizada pelo EC e aceite pelos próprios, desempenhando já a Assistente Operacional funções de recepção e armazenamento dos materiais na US, sob supervisão do EC.

✓ Realização de inventário de produtos que podem, ser requisitados ao Armazém e Farmácia.

Foi realizado um inventário de todos os artigos disponíveis para requisitar ao Armazém dos Serviços centrais da SCML e à Farmácia do Hospital de Sant'Ana. Verificando-se a existência de códigos diferentes e designações diferentes para o mesmo artigo, pelo que, foram necessários contactos telefónicos e via email com o Armazém e Farmácia, para a validação necessária, no sentido de esclarecer e uniformizar os códigos e designações, de cada um dos artigos. Posteriormente, foi construída uma base de dados, em *Excel – Windows*, com todos os dados obtidos – para o Armazém e para a Farmácia (Anexo 3).

- ✓ Análise documental dos pedidos de material ao Armazém e Farmácia por um período de seis meses.

A metodologia utilizada passou pela análise documental dos pedidos de material ao Armazém e Farmácia da US, durante um período de seis meses (entre Outubro de 2009 e Março de 2010) de forma a poder traçar um perfil de consumos. Este período foi escolhido com base na experiência do EC, em que se estima um maior consumo de materiais quer na US, quer no Apoio Domiciliário.

As dificuldades sentidas prenderam-se com o facto de os registos (requisições de pedidos de material) estarem em papel, arquivados em três pastas distintas, no gabinete do EC e na Secretaria da US, o que tornou a recolha de dados mais demorada.

Após conhecer o perfil de consumos da US, foi realizada uma contagem do stock actual dos artigos armazenados na USSCC. Comparando o nível de stocks existentes com o perfil de consumos, verifica-se: uma discrepância que se pode traduzir em gastos de armazenamento e risco de ultrapassar prazos de validades, de artigos em quantidades excessivas face ao perfil de consumos; bem como artigos em quantidade insuficiente face ao perfil dos consumos, o que pode resultar em ruptura de stocks de material necessário (Anexo 4).

Pretendeu-se colaborar no sentido de adequar o armazenamento na US ao consumo de forma a prevenir rupturas de stock, bem como reduzir os custos associados ao armazenamento de material (desnecessário), fazendo um uso racional do espaço de armazenamento disponível.

- ✓ Observação do armazenamento e controle das validades dos materiais provenientes do armazém e da Farmácia na USSCC.

Por contingências de espaço na US, os materiais são armazenados vários locais que incluem: o armazém no terceiro piso de dimensões muito reduzidas; uma arrecadação no segundo piso, que acumula funções de sala de abastecimento e arrumação das malas de material usadas no Apoio Domiciliário; armários na Sala de Tratamentos e ainda algum material disperso por gabinetes de atendimento. Este armazenamento disperso em vários locais dificulta seu controlo, tendo-se verificado a existência de material fora de prazo. O controlo das validades do material é realizado por uma Assistente Operacional sob supervisão do EC, que armazena o material recebido atrás do material já existente.

2.2. Área da Gestão da Diabetes – no PSAI da USSCC.

- ✓ Colheita de dados da População Adulta da USSCC:

Como forma de caracterização da população adulta foi utilizada a única base de dados disponível na US, uma base de dados administrativa, com dados essencialmente

demográficos. Uma das dificuldades sentidas deve-se à inexistência de dados de saúde da população da USSCC.

De acordo com colheita de dados, realizada a 31 Maio 2010 na base de dados administrativa USSCC, comum a todas as US SCML, temos um total de utentes inscritos de 5155 (n), dos quais apenas 3607 são Adultos (> 18 anos). De acordo com o género temos 124 Homens e 293 Mulheres. Em relação à idade (Fig. 1) temos cerca de metade da população adulta acima dos 65 anos (1612 utentes). Comparando os grupos etários considerados, verifica-se uma clara maioria de utentes entre os 45 e os 65 anos, 973 utentes. A distribuição pelas 26 Freguesias abrangidas pela USSC (Fig. 2) destaca as Freguesias dos Anjos, São Jorge de Arroios, Socorro e Penha de França, com maior número de utentes adultos inscritos.

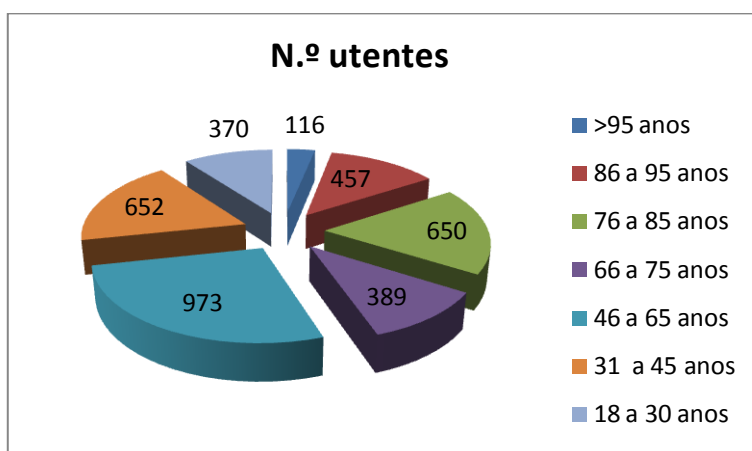


Fig. 1 - Distribuição da população inscrita na USSCC por idade

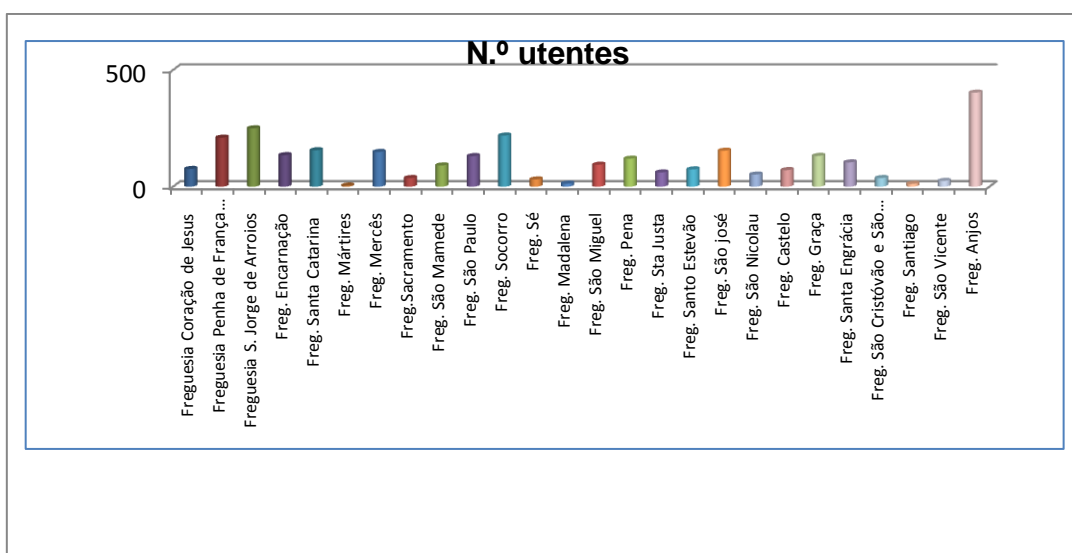


Fig. 2 - Distribuição da população inscrita na USSCC por freguesia

✓ Colheita de dados da População do PSAI, da USSCC:

Para esta colheita de dados foi de fulcral importância a cooperação de outros grupos profissionais, uma vez que, uma das médicas do PSAI tem uma base de dados informática, actualizada dos seus utentes. Foi realizada uma colheita de dados a 29 de Abril de 2010.

Considerando essa base de dados, gentilmente cedida, temos que em relação à idade, de um total de 339 utentes (n):

Entre 18 a 20 anos (Nasc. até 1990) – 4 utentes

Entre 21 a 40 anos (Nasc. Até 1970) – 108 utentes

Entre 41 a 60 anos (Nasc. Até 1950) – 119 utentes

Entre 61 e 80 anos ((Nasc. Até 1930) – 106 utentes

Entre 81 e 100 anos (Nasc. Até 1910) – 2 utentes

Em relação ao género temos 245 utentes do sexo feminino e 94 utentes do sexo masculino.

Na sua distribuição pelas 11 freguesias consideradas (num total de 26 freguesias abrangidas pela USSCC), temos que, nas Freguesias de Pena, São José e Socorro temos mais de 50 utentes, sendo que na Freguesia do Socorro temos 86 utentes; nas Freguesias de Santa Justa, Santo Estêvão e São Miguel temos mais de 20 utentes por Freguesia; e nas Freguesias dos Anjos, Madalena, São Nicolau, Sé e São Jorge de Arroios temos menos de 20 utentes por Freguesia.

Dos 339 utentes encontramos **104** utentes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) e 319 utentes com o diagnóstico de Hipertensão Arterial (HTA).

De acordo com o seu Índice de Massa Corporal (IMC)³ temos 3 utentes com baixo peso (<18), 60 utentes com peso normal e 106 com ligeiro excesso de peso. Encontramos 69 utentes com Obesidade grau I, 27 utentes com Obesidade grau II e 13 utentes com Obesidade grau III ou Obesidade mórbida. De referir que existem 61 utentes sem registo de IMC.

Relativamente aos hábitos de consumo de álcool temos que dos 339 utentes: 228 são não consumidores, 28 são consumidores esporádicos e temos 60 utentes com hábitos regulares de consumo de álcool (isto é, às refeições). São 19 os utentes ex-alcoólicos e 3 os utentes com hábitos de consumo intenso de álcool. De referir que, um dos utentes não forneceu dados em relação ao consumo de álcool.

Em relação aos hábitos tabágicos temos 236 utentes não consumidores de tabaco, 46 Ex-fumadores e 46 fumadores, dos quais 26 com um consumo de mais de 20 cigarros por dia.

³ (IMC: Baixo peso - <18,5; Peso normal - 18,5 a 24,9; Peso elevado - 25 a 29,9; Obesidade grau I – 30 a 34,9; Obesidade grau II – 35 a 39,9; Obesidade grau III (mórbida) > 40) (Teixeira, et al., 2011).

Novamente, 1 dos utentes não forneceu dados em relação aos seus hábitos de consumo de tabaco.

✓ Criação de Folha de Colheita de Dados para os utentes Diabéticos e Hipertensos do PSAI da USSCC.

Tomando como ponto de partida os dados existentes acima descritos, foi alargada esta colheita de dados, de forma a abranger toda a população do PSAI, e não apenas as 11 freguesias que correspondem à lista de um dos três médicos do programa.

Deste modo, e como forma de adequar o diagnóstico de situação ao contexto real, abrangendo todos os utentes do PSAI, foi construída uma Folha para Colheita de dados da População Diabética e Hipertensa do PSAI da USSCC, com os seguintes dados: N.º processo, Nome, Data de Nascimento, Médico Assistente, Freguesia, Telefone, DM, HTA, Terapêutica, Consulta de Nutrição, Hábitos tabágicos e alcoólicos, IMC e última Consulta no PSAI, designada de “última medição” (Anexo 5).

Esta colheita de dados, que se constituiu como um estudo descritivo, visa determinar a frequência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação (Fortin, et al., 2009 p. 34), realizado na consulta de Enfermagem, entre dia 3 Maio de 2010 a 3 de Novembro de 2010, até à “saturação dos dados”, isto é, suspendeu-se a colheita de dados quando os sujeitos se começaram a repetir, não acrescentando dados novos – isto poderá ser explicado pela frequência das consultas de vigilância de saúde dos utentes, normalmente de 3 em 3 meses no PSAI da USSCC.

Foram recolhidos dados de **158** utentes com DM e/ou HTA. Representam, de um total de 3607 adultos inscritos na USSCC, cerca de 4,4% que preenchem os critérios de selecção para a recolha de dados – ter o diagnóstico de DM e/ou HTA e frequentar as Consultas do PSAI entre Maio e Novembro de 2010.

De acordo com os dados recolhidos, obtivemos os seguintes gráficos:

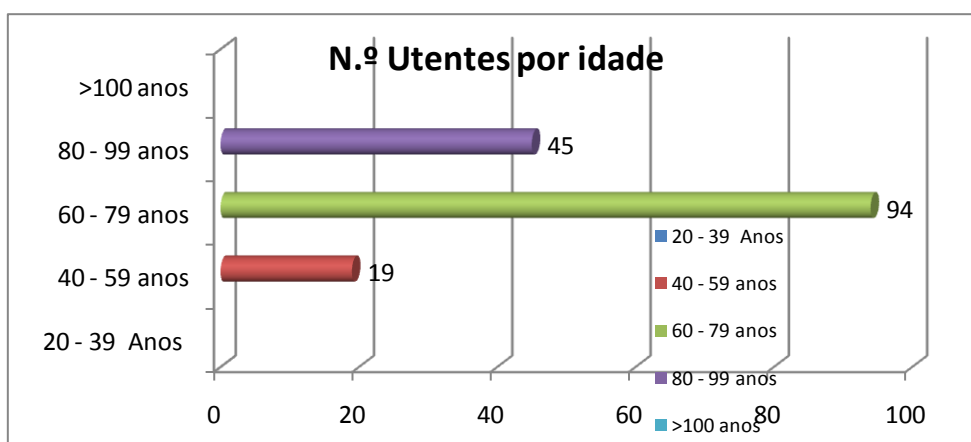


Fig. 3 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por idade

Em relação à idade (Fig. 3), os utentes posicionam-se entre o 40 e os 99 anos de idade, sendo a sua maioria com idades compreendidas entre os 60 e os 79 anos.

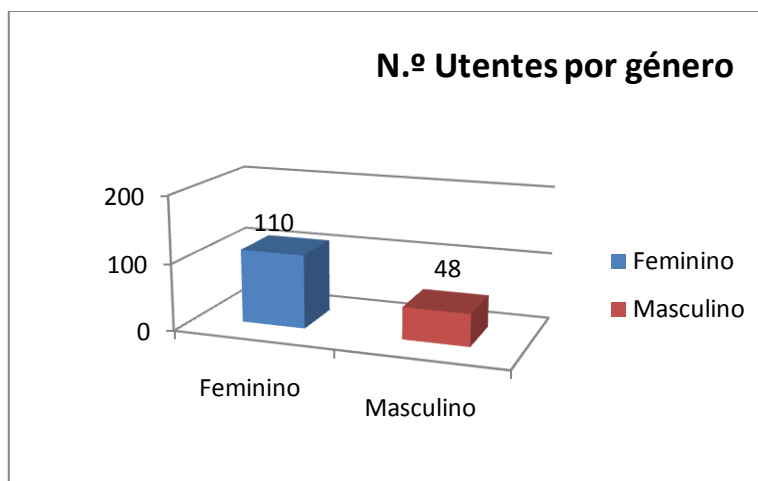


Fig. 4 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por género

De acordo com o género (Fig 4) temos mais do dobro de utentes do sexo feminino (diabéticas e/ou hipertensas) em relação a utentes do sexo masculino, tal como nos dados recolhidos para a população adulta inscrita na base de dados administrativa da USSCC.

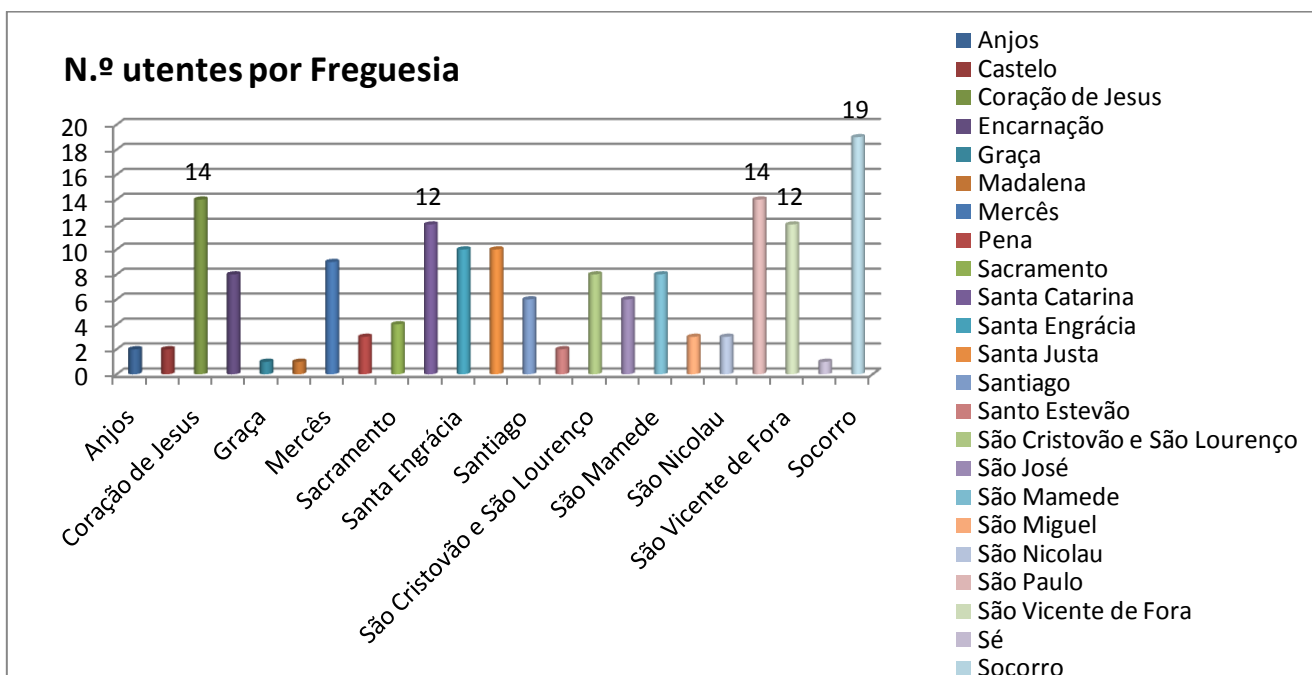


Fig. 5 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do do PSAI por freguesia

Na sua distribuição pelas freguesias da área de abrangência da USSCC (Fig. 5), destacamos as freguesias do Socorro (19 utentes), Coração de Jesus e São Paulo com 14 utentes cada, e Santa Catarina e São Vicente de Fora com 12 utentes cada.

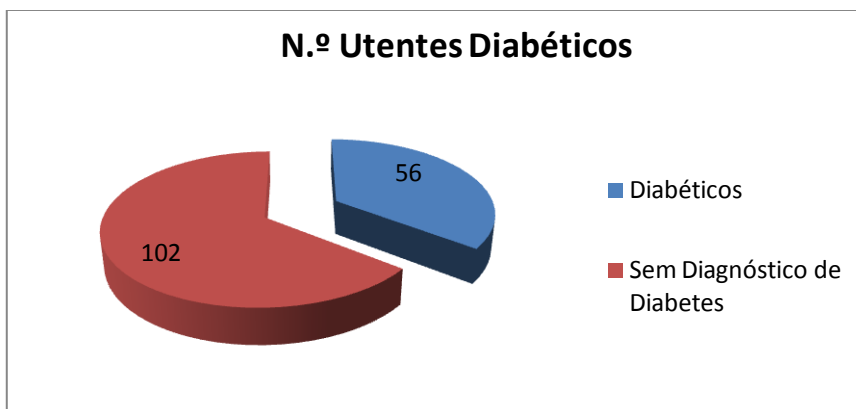


Fig. 6 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI de acordo com diagnóstico de DM

A pesquisa de dados da população Diabética e Hipertensa na população do PSAI, justifica-se pela importância e expressão destas doenças em estudos nacionais (PREVADIAB, 2009) e internacionais, sendo uma das áreas prioritárias a intervir de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (DGS, 2008).

Se considerarmos os utentes com o diagnóstico de DM (Fig. 6), temos que cerca de **35,4%** (ou seja **56** utentes) são Diabéticos, cerca de um terço da população.

Em relação ao diagnóstico de HTA (Fig. 7), foram identificados **93,7%** dos utentes hipertensos (**148** utentes).

De acordo com os dados recolhidos, temos que o diagnóstico de HTA é coincidente com o diagnóstico de DM na clara maioria dos indivíduos – coexistindo como co-morbilidades associadas. Considero que os resultados obtidos, demonstram uma expressão significativa da patologia na população, o que justifica a pertinência do projecto desenvolvido na área da Diabetes e favorecem o planeamento futuro de uma intervenção na área da HTA e das doenças cardiovasculares. Deste modo os utentes diabéticos identificados irão constituir a população alvo da intervenção de Enfermagem a projectar no PSAI da USSCC.

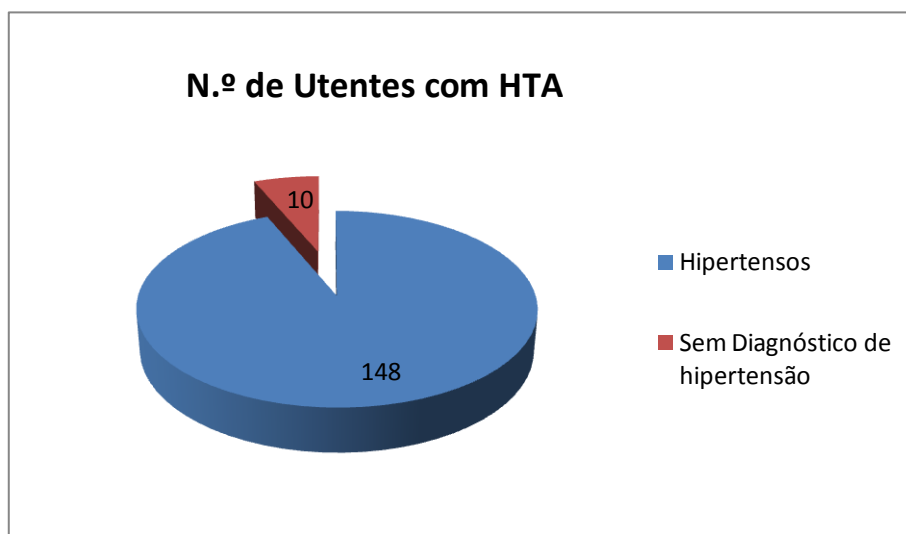


Fig. 7 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI de acordo com diagnóstico de HTA

De acordo com o IMC (Fig 8), temos uma expressão de 59 utentes com ligeiro excesso de peso, e outros 59 utentes com Obesidade Grau I,II e III – que poderá ser controlado com medidas de promoção e educação para a saúde individualizadas no sentido da alimentação saudável e a prática de exercício físico. Em relação aos 21 utentes com baixo peso identificados, poderão ser investigadas as suas causas, nomeadamente a possível carência socio-económica traduzida numa alimentação deficitária – aspecto que poderá ser melhorado pela articulação com o apoio social da SCML ou outros recursos comunitários.

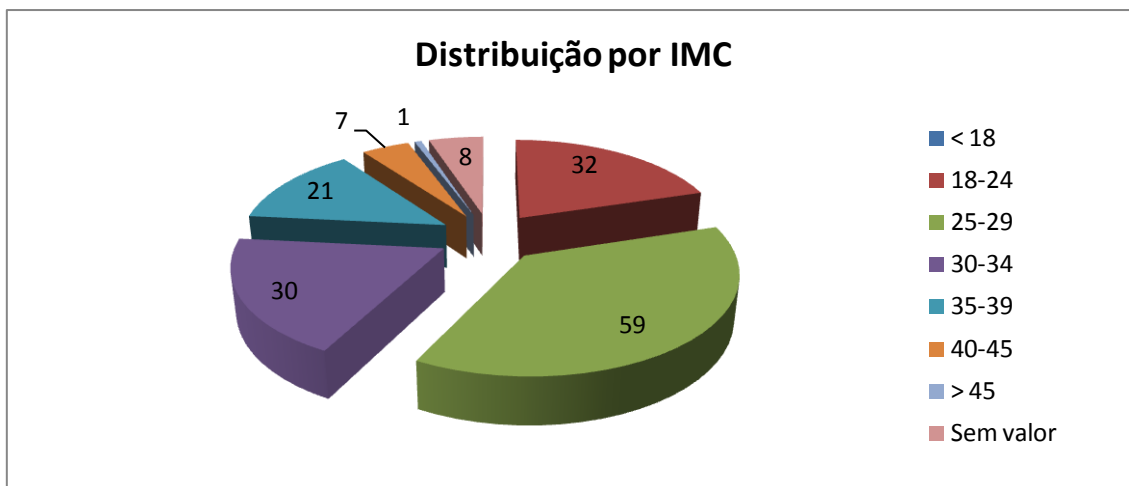


Fig. 8 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por IMC

Em relação aos hábitos de consumo de álcool e tabaco, verifica-se uma clara maioria de não consumidores (Fig. 9 e 10).

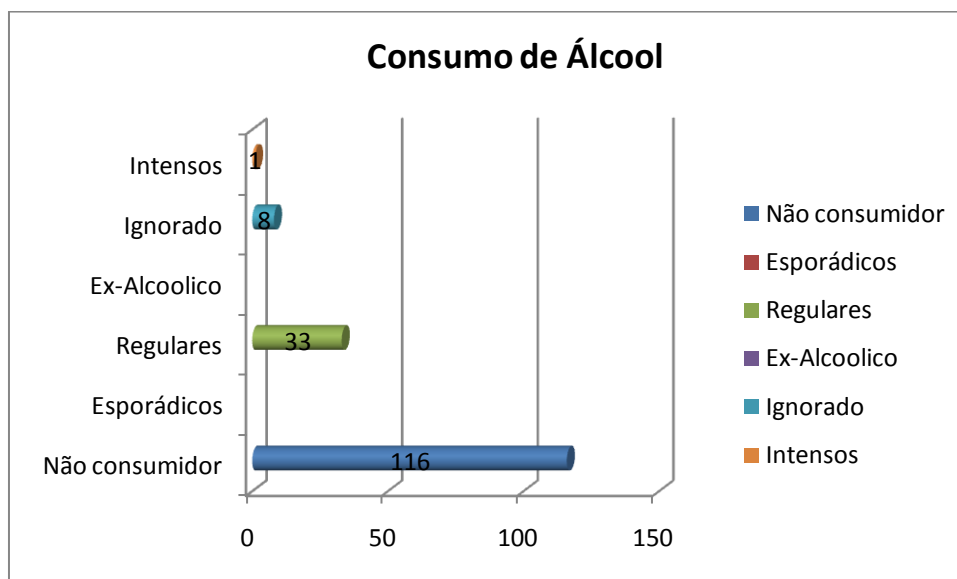


Fig. 9 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por hábitos de consumo de álcool

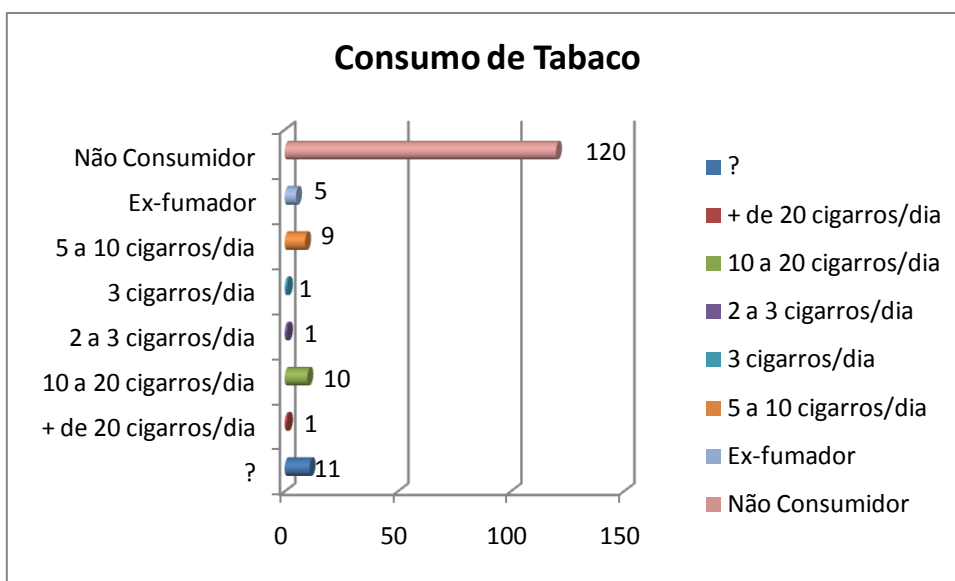


Fig. 10 - Distribuição da população diabética e/ou hipertensa do PSAI por hábitos de consumo de tabaco

De referir, a necessidade de prolongamento no tempo (para o módulo II) do Diagnóstico de Situação e Colheita de dados sobre a população Diabética e Hipertensa do PSAI, a par da elaboração dos Projectos de Intervenção. Esta decisão teve por base solicitações de ordem institucional, por necessidade de antecipar as conclusões na área de Gestão de Materiais. Este ajuste foi previsto desde a fase inicial do estágio, sugerido pela Enf.^a Directora da SCML, e acordado com o EC da USSCC e o Corpo Docente (Professora Orientadora e Regente do Estágio) de Enfermagem Comunitária do ICS- UCP.

Tem sido também utilizada uma sinalética por cores nos processos clínicos (lombada dos dossiers), para facilitar a identificação dos utentes com diagnóstico de DM e HTA, sendo a etiqueta azul utilizada para sinalizar os utentes com DM e a etiqueta amarela para os utentes com HTA – uma sugestão das Enfermeiras do PSAI.

Uma das dificuldades sentidas nesta colheita de dados deve-se ao preenchimento incompleto ou não preenchimento de informação acerca da terapêutica instituída, nomeadamente, se a Diabetes é insulino-tratada ou não – previsto no dado “medicação”.

Parece clara a potencialidade desta colheita de dados, pela possibilidade de planear as intervenções e sessões de educação para a saúde, poder monitorizar a evolução do estado de saúde desta população e pela criação do registo de indicadores de saúde. Poderá justificar ou permitir o planeamento de outras intervenções no futuro ou alargamento da intervenção aos doentes hipertensos que não sejam diabéticos. Esta colheita de dados permitirá também, o fácil acesso e contacto com a população-alvo, pois inclui o contacto telefónico dos utentes.

3. Avaliação

3.1. Área da Gestão de Materiais da USSCC.

O método utilizado na USSCC para a gestão/distribuição de materiais é o método tradicional, caracterizado pelo preenchimento de uma requisição enviada à Farmácia e ao Armazém, de forma a obter material para um determinado período de tempo (Araújo, et al., 2002), estando o EC responsável por este pedido de material. Embora haja uma percepção de pedidos quinzenais, constatou-se uma média de pedidos mensais realizados, sendo o pedido quinzenal esporádico – dados obtidos pela análise documental dos pedidos e recepção de material na USSCC.

Madeira (1990) (citado por Gonçalves e Fernandes, 2006 p. 59) aponta como desvantagens deste sistema: a possível ruptura de stocks; o aumento desproporcionado de alguns artigos nos serviços (desajustados do consumo real); a dispersão de materiais por diversos locais, sem controlo central; e a deterioração de materiais por falta de condições de armazenamento. O que resulta em montantes elevados de capital imobilizado, utilização de maior espaço em armazém e consumo de tempo dos enfermeiros com tarefas não relacionadas com a prestação de cuidados.

No caso da Gestão de Materiais da USSCC, foram identificados vários pontos críticos ou aspectos prioritários a melhorar, como:

- ❖ Registo disperso e moroso de pedido de materiais;
- ❖ Ausência de registo ou controlo por Programa do consumo de materiais;
- ❖ Existência de desperdícios por prazo de validade ultrapassados;
- ❖ Espaço reduzido disponível para armazenamento de materiais, que se encontra disperso pela USSCC.

Preende-se caminhar no sentido da centralização da gestão de materiais. De acordo com Araújo (et al. 2002), de um Método tradicional, caracterizado pelo envio de requisição ao Armazém/Farmácia, de forma a obter material para um determinado período de tempo; para um Método de reposição automática, que visa a reposição automática de níveis de stock nos serviços directamente pelo Armazém/Farmácia. Este caracteriza-se pela definição de locais determinados para o armazenamento do material, e definição de níveis de acordo com o perfil de consumo e frequência da reposição.

3.2. Área da Gestão da Diabetes – no PSAI da USSCC.

Em relação à Consulta do Adulto e Idoso foi identificada a necessidade de Criação e Estruturação de uma Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes.

Foi criada desde logo uma equipa para a elaboração do projecto, constituída por mim e pelas duas Enf.^a do PSAI.

Durante o Módulo I, com o Diagnóstico de Situação que se estendeu a duas áreas problemáticas identificadas, foram desenvolvidas competências de gestão e interpretação de informação recolhida, mas também necessária a mobilização de conhecimentos anteriormente adquiridos (proveniente da minha formação inicial, profissional, académica e de vida), bem como a aquisição e aprofundamento de conhecimentos em gestão de materiais, de gestão e liderança de pessoas e equipas.

A tomada de decisões foi fundamentada em conhecimento científico, atendendo às minhas responsabilidades éticas e sociais. Na gestão de recursos materiais responsável e otimizada, bem como na promoção de acesso a cuidados de enfermagem específicos e adaptados às necessidades da população. Baseando-me também no conhecimento de uma população particularmente desfavorecida (alvo da SCML), isolada e em maior risco de complicações pela sua doença crónica – a DM. Respeitando princípios de acessibilidade e equidade.

A iniciativa e a criatividade na resolução de constrangimentos que foram surgindo, foi uma constante, tanto na criação da equipa pluriprofissional para a Gestão de Materiais como nas soluções encontradas para o melhor conhecimento da população do PSAI, num serviço onde é limitada à lista de utentes de um médico do PSAI a base de dados com informações sobre saúde e indicadores – sendo inegável a sua importância para a tradução dos ganhos em saúde conseguidos e para a criação e manutenção de programas e projectos, em que a Enfermagem tem responsabilidades definidas, e com implicações na melhoria dos cuidados de saúde prestados à população.

PARTE II – MÓDULO II: PROJECTO DE INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO NA USSCC.

Para dar resposta ao diagnóstico de situação realizado na USSCC foram elaborados dois Projectos de Intervenção, de acordo com a metodologia de Planeamento em Saúde.

1. Objectivos Específicos:

Deste modo, foram definidos os seguintes objectivos específicos para o módulo II do estágio:

- Elaborar um Projecto de Intervenção na área da Gestão de Materiais da USSCC;

- Elaborar um Projecto de Intervenção na área dos Cuidados de Enfermagem no PSAI da USSCC – Criação e Estruturação de uma Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes.

2. Actividades e Recursos

No sentido dos objectivos traçados para o módulo II do estágio, segue-se uma descrição sobre as actividades realizadas e os recursos mobilizados. Como foram realizados dois projectos, primeiro será abordado o trabalho desenvolvido para a Gestão de Materiais e seguidamente para a Gestão da Diabetes.

2.1. No Projecto de Gestão de Materiais da USSCC.

O Projecto da Gestão de Materiais (Anexo 6), tornou-se possível através da realização das actividades seguidamente descritas, tendo sido encarado como um desafio do contexto, de acordo com o plano estratégico institucional.

- ✓ Reunião com Enfermeira Responsável pela Gestão dos Materiais do CSO.

A Reunião com Enfermeira (Enf.^a) Responsável pela Gestão dos Materiais (provenientes do Armazém e Farmácia) do Centro de Saúde de Oeiras(CSO) foi realizada no dia 15 de Maio de 2010. Esta actividade, surgiu como resposta a uma necessidade antecipada para a elaboração do projecto, de conhecer outro contexto e esclarecer algumas dúvidas na sua operacionalização. Foi possível, após contacto com a Enf.^a F. F. do CSO, observar a organização e armazenamento dos materiais, bem como esclarecer a eficácia de algumas formas de controlo das validades possíveis. Considero que a observação e colheita de informação num CS com uma estruturação em curso para a gestão de materiais, foi de grande utilidade na orientação do projecto, e reforço na certeza de estar no caminho certo.

- ✓ Definição de níveis de stock dos artigos e previsão dos consumos/materiais necessários para a USSCC.

Os dados obtidos, de acordo com os pedidos de materiais no período de seis meses definido, foram tratados informaticamente, usando o *Excel-Windows*, o que permitiu reunir os dados e realizar os cálculos necessários, para obter um nível de stock de acordo com a quota mensal para cada artigo (calculado de acordo com o consumo mensal médio no período definido, considerando o stock de segurança). Para a realização destes cálculos, de forma a poder adaptar o stock de materiais da US aos seus reais consumos, sem que haja falta de material necessário para a prestação de cuidados, foi importante a revisão da bibliografia realizada, para clarificação e definição de conceitos e modo de previsão do material necessário (Anexo 2).

- ✓ Criação de instrumentos de registo em papel e informáticos.

Deste modo foram criados os seguintes instrumentos de registo:

- Base de dados em *Excel-Windows* com inventário de artigos do Armazém e Farmácia;
- Folha de registo de consumos da USSCC mensal;
- Folha de registo consumos por valência/programa mensal (Anexo 7);
- Folha de cálculo automático (em *Excel-Windows*), que permite, (a partir do stock inicial e com níveis de stock definidos para cada artigo) após introdução dos dados de consumos de cada programa, fazer o pedido de material à Farmácia e Armazém (Anexo 8);
- Registo de validades em papel/dossier.

Com o objectivo de otimizar o registo e controlo das validades, foi elaborada uma proposta de norma de procedimento (Anexo 9), para o registo de validades dos artigos recebidos na USSCC, considerando a sua organização por data (mês) de fim de validade, de forma a facilitar a sua consulta e localização atempada, para que com cerca de cinco meses de antecedência sejam devolvidos os artigos, possibilitando a sua redistribuição e contrariando o desperdício – para uma utilização racional e adequada dos recursos.

- ✓ Realização de Acção de Formação/Reunião sobre Gestão de Materiais dirigida à Equipa de Enfermagem

A Acção de Formação/Reunião sobre Gestão de Materiais (Anexo 10), dirigida à Equipa de Enfermagem, foi realizada a dia 7 de Junho às 14 horas no terceiro piso da USSCC, com a duração de trinta minutos seguida de outros trinta minutos para sugestões e discussão - tendo sido previamente anunciada pela elaboração e afixação de um cartaz (Anexo 11). Esta actividade veio dar resposta à necessidade identificada de formação dos enfermeiros sobre o papel do enfermeiro na gestão de materiais, permitindo também a divulgação do diagnóstico de situação realizado e do projecto a ser desenvolvido. O feedback da Acção de Formação foi muito positivo pela motivação e envolvimento da Equipa de Enfermagem no Projecto.

Desta reunião ficou o compromisso de escolher um Enfermeiro (Enf.º) responsável por programa pela Gestão do Material, com a responsabilidade de: identificar da lista de artigos anteriormente inventariada quais os necessários para o programa e, destes, quais os de consumo exclusivo no programa (pensando numa possível solução de rentabilização de espaço no armazém da USSCC de dimensões reduzidas), além da definição de níveis de stock mensal necessário (estimativa de acordo com o registo do consumo mensal).

2.2.No Projecto da Gestão da Diabetes – *Empowerment*, pela criação e estruturação da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes do PSAI da USSCC

A actualidade e pertinência do tema são reforçadas pelos dados do PREVIADAB 2009 – estudo da prevalência da diabetes em Portugal, que coloca Portugal no ranking dos países com maior prevalência da doença (Nunes, 2010, p. ix).

À complexidade inerente à doença e ao seu tratamento, pelo seu processo silencioso de evolução para complicações graves em vários órgãos e sistemas alvo, e pela necessidade de um controlo efectivo, coerente e prolongado no tempo, acresce a complexidade do ser humano que raramente actua baseado num único motivo (mas no conjunto das suas motivações intrínsecas e extrínsecas). Segundo (Apóstolo et al., 2007), no estudo realizado sobre a incerteza na doença e a motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2, são os doentes com maior incerteza face ao prognóstico e tratamento que revelam menor motivação intrínseca para o tratamento.

A maioria dos Modelos de Enfermagem defende a parceria, a capacidade de ensinar, motivar, comunicar, assim como uma compreensão de psicologia e sociologia, como as técnicas e conhecimentos que os enfermeiros têm de desenvolver para a prática de enfermagem. As pessoas têm o direito de serem envolvidos nas tomadas de decisões esclarecidas sobre si e seu futuro.

Para Orem, na sua *Teoria do Deficit do Auto-cuidado*, define Auto-Cuidado como “*uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios (ou alguém que execute por eles) para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.*” (Tomey e Alligood, 2002, p.218). Para esta autora, o cliente tem o direito de ser

implicado na escolha do que lhe vai acontecer, a liberdade de identificar as suas próprias necessidades e de decidir como estas vão ser satisfeitas.

King (Tomey e Alligood, 2002) propôs a *Teoria de Consecução de Objectivos* para descrever a natureza das interações enfermeira-doente que conduzem à concretização de objectivos. Assumindo que através das transacções ocorridas os objectivos são atingidos o que resulta na satisfação do doente, na eficácia dos cuidados de enfermagem com tradução em crescimento e desenvolvimento. Reconhece a necessidade de competências de comunicação nos enfermeiros de forma a serem estabelecidos objectivos mútuos – aqui já presente uma noção de parceria e envolvimento do doente nos objectivos do tratamento.

Sousa (et al., 2008), contextualizam a diabetes como doença de tratamento complexo pois envolve alterações comportamentais e de estilos de vida. Falam na tríade terapêutica que envolve, para além da medicação, a alimentação e o exercício físico – apontando a importância da auto-gestão da doença pelo doente. Referem-se a estudos anteriores, que apontam no sentido (de uma taxa elevada de) da não adesão ao regime terapêutico pela sua complexidade e pela necessária alteração de comportamentos. A Adesão é uma “...*acção auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime terapêutico, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)*” ICN – 2005 (citado por Sousa et al., 2008, p. 60).

Segundo Sousa (et al., 2008), as variáveis relacionadas com a adesão incluem: características da doença e do tratamento como a complexidade do tratamento ou a duração da doença; factores intrapessoais, que incluem características da personalidade, sexo, idade, auto-estima e auto-eficácia; factores interpessoais onde se insere a relação com o profissional de saúde e acesso aos cuidados de saúde e o suporte familiar; e factores ambientais.

A interacção profissional/utente pode afectar significativamente os comportamentos de auto-cuidado. Contrariando a exclusiva responsabilidade do utente na não adesão ao tratamento, que passa por uma interacção entre ambos, centrada no doente, no sentido de uma relação positiva que traduza interesse e consideração (Sousa et al., 2008, p.61).

Parceria, no âmbito da promoção da saúde, “significa respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde” - SQUIRE 2005 (citado por Diniz, 2005, p. 21). Segundo os mesmos autores, as vantagens da parceria com pessoas idosas, incluem um contributo importante na compreensão das perspectivas e percepções dos outros; na construção de objectivos claros, concisos e comuns; na partilha de informações e a actualização da prática. Além de, promover o desenvolvimento da prática baseada na evidência; encorajar o apoio entre pares; promover a reflexão e partilha

de perspectivas; permitir o questionamento e a resolução de problemas, com mediação entre os diferentes interesses, clarificação do papel dos intervenientes e identificando os recursos existentes bem como sua melhor utilização.

Diniz (2005, p. 24) define seis Domínios para o estabelecimento de uma Parceria efectiva em Cuidados de Enfermagem: pessoal, do processo de cuidados, contextual, *Empowerment*, comunicacional e ético.

Numa relação de parceria o *Empowerment* pode ser considerado o processo de tornar as pessoas capazes de escolher, ter controlo e tomar decisões sobre as suas vidas, de acordo com Kendall (1998 – citado por Diniz, 2005, p. 25). Segundo o mesmo autor os princípios mais relevantes associados são a possibilidade de escolha, a autodeterminação e a partilha de poder – no sentido da liberdade, responsabilidade e autoridade do doente nas suas escolhas.

Ley (citado por Camarneiro, 2002, p.28), no seu *Modelo da Hipótese Cognitiva de Adesão*, modelo comunicacional, defende a influência da combinação de variáveis presentes na consulta na adesão ao regime terapêutico. Variáveis essas relacionadas com a forma como é transmitida a informação. Deste modo, a adesão ao regime terapêutico depende da combinação de três variáveis:

- a compreensão da informação dada acerca da doença e tratamento;
- a memória ou capacidade de recordar as informações fornecidas; e
- a satisfação do paciente face à informação fornecida pelos técnicos de saúde que engloba os aspectos afectivos como a compreensão e o apoio emocional, aos aspectos comportamentais e a avaliação subjectiva do utente acerca da competência do profissional de saúde.

Os conceitos de Comunicação, Motivação, Parceria e *Empowerment* são centrais na abordagem dos doentes com doença crónica e em especial na Diabetes pela complexidade da doença, do tratamento e da própria adesão ao tratamento. Compreender a adesão é aceitar o cliente como parceiro de cuidados, sendo a acção do cliente decisiva para a promoção ou protecção da sua saúde, para a prevenção ou tratamento das suas doenças.

De acordo com (Boavida, 2010) está demonstrada a ineficácia dos modelos classicamente usados, nomeadamente com as doenças crónicas de acompanhamento em ambulatório, onde o tratamento e a maioria dos cuidados são realizados em casa pelos próprios doentes. Surge o conceito de Educação Terapêutica com um meio independentemente das medidas farmacológicas e convencionais – por si só insuficientes.

Com o *Empowerment*, os doentes definem objectivos e estratégias para os alcançarem, assumindo responsabilidade no seu próprio tratamento. Os profissionais de saúde precisam de responder a estas novas exigências, redefinindo o seu papel na relação terapêutica – como facilitadores deste processo de informação e capacitação para o *Empowerment*.

Dunbar-Jacob (1999 – citada por Carmarneiro, 2002) defende o contributo dos enfermeiros no seu papel de pedagogos, definindo cinco estratégias a utilizar para assegurar que os seus clientes tomem os medicamentos correctamente: avaliar dificuldades no cumprimento da tabela terapêutica; iniciar os ensinamentos durante o internamento; conhecer a vida

do cliente; promover a auto-monitorização e continuar a acompanhar o cliente após a alta hospitalar.

Deste modo, caminha-se no sentido do afastamento do modelo biomédico em que o profissional de saúde detém o poder e a decisão para um modelo centrado no utente. Para o sucesso desta abordagem existem vários aspectos a ter em conta, nomeadamente:

- 1- A compreensão das motivações dos doentes para a adesão ou não às recomendações dos profissionais de saúde;
- 2- O papel da Parceria entre profissionais e doentes, e intersectorial – defendida pela WHO, ONU e relatórios da união Europeia (SQUIRE, 2005);
- 3- O *Empowerment* e da Auto-gestão da doença pelos principais implicados e interessados (os doentes), como única forma eficaz de gerir a doença crónica no seu dia-a-dia, de acordo com o seu estilo de vida.

Este Projecto da “Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes” (Anexo 12) pretende contribuir para um melhor conhecimento da população diabética e hipertensa do PSAI da USSCC, das suas necessidades de forma a poder oferecer Cuidados de Enfermagem, adaptados à sua realidade específica, com melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Sousa (et al., 2008) identificam a consulta de enfermagem como um momento privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, para traçar em parceria, um plano de cuidados individualizado, facilitador da adesão terapêutica. A satisfação com a consulta de enfermagem poderá predizer em 12% a adesão ao regime terapêutico em geral, de acordo com estudo realizado em doentes diabéticos em Portugal, pelas autoras. Sugerindo o investimento na explicação dos direitos e deveres dos doentes, bem como a necessidade de proporcionar informação escrita.

Nesse sentido foram desenvolvidos os seguintes objectivos gerais do projecto, e os objectivos específicos da Consulta de Enfermagem:

Objectivos Gerais:

- Intervir no âmbito da Enfermagem Comunitária para a assistência ao Adulto e Idoso Diabético e família/cuidador.
- Prestar Cuidados de Enfermagem que requerem conhecimentos específicos ao adulto/idoso diabético e família/cuidador.
- Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem ao adulto/idoso diabético e família.

Objectivos específicos da Consulta de Enfermagem:

- Recolha de dados sobre a população Diabética e Hipertensa do Programa de Saúde Adulto e Idoso da USSCC.

- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis no âmbito da alimentação, mobilidade, prevenção de complicações e adesão terapêutica
- Promover a auto-monitorização da glicemia capilar.
- Garantir o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), com especial ênfase nas vacinas antitetânica e antigripal;
- Promover e capacitar para auto-vigilância, o auto-cuidado (*Empowerment*) do doente e sempre que possível com a participação da família/cuidador.

A população-alvo deste projecto são os utentes diabéticos e seus familiares/cuidadores identificados no PSAI da USSCC, ou seja, os utentes da USSCC com mais de 18 anos com o diagnóstico de Diabetes.

O caminho desenhado para a consecução dos objectivos incluiu as seguintes Estratégias:

- Estratégia de colheita e análise de informação - através da pesquisa bibliográfica e recolha de dados; reuniões com Enf.^a do PSAI, EC e Directora Clínica, além de reuniões com recursos comunitários e da instituição (laboratórios, Enf.^a responsável pela Consulta do Pé Diabético); elaboração de instrumentos de colheita de dados e registo específicos; criação de uma base de dados da população diabética e hipertensa do Programa Saúde Adulto e Idoso; e a elaboração de um Manual/Guia para a Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes.
- Estratégia de intervenção - através da promoção de estilos de vida saudáveis – Educação para a Saúde e da Promoção da auto-vigilância e auto-controle - *Empowerment*.
- Estratégia de formação – através da promoção de formação aos enfermeiros sobre comunicação e gestão da diabetes, planeamento, desenvolvimento e avaliação de Acção de Formação dirigida aos Enfermeiros (e Equipa Médica) para apresentação do projecto.

Foram previstos os recursos humanos necessários para a implementação do Projecto, que inclui as 2 Enf.^a do PSAI da USSCC – Enf.^a C.S. e Enf.^a C.S., com a colaboração das Assistentes Operacionais do PSAI da USSCC.

Pretende-se a articulação com a Enf.^a responsável pela consulta do pé diabético, uma vez que existem dois elementos da Equipa de Enfermagem com formação específica e que prestam cuidados nesta área segundo marcação deslocando-se à USSCC, se necessário, bem como, a articulação com a equipa multidisciplinar: Médicos, Nutricionista, Psicóloga e outros.

Foram, igualmente, previstos os recursos materiais necessários, bem como o local previsto para a realização da consulta. Será realizada na Sala de Tratamentos, no R/C do edifício da US, que apresenta a vantagem de fácil acessibilidade, condições para a observação do pé diabético e tratamento se necessário. O horário previsto será quinta-feira à tarde.

A duração prevista das consultas será de cerca de quarenta e cinco minutos a uma hora para primeira consulta e vinte a trinta minutos para as seguintes. Pretende-se realizar duas ou três Consultas de Enfermagem com o intervalo de um mês, seguindo-se uma programação de uma Consulta de Enfermagem Trimestral que poderá ser intercalada com a vigilância médica, ou não. De salientar, que deverá haver disponibilidade da Equipa de Enfermagem para responder a solicitações extra dos utentes, caso se verifiquem necessárias.

Foram definidos objectivos terapêuticos da Consulta de Enfermagem a curto prazo, desde o diagnóstico ou início do seguimento na consulta ao fim de um mês de: compensação clínica com desaparecimento dos sintomas, bem-estar físico e psíquico e o retorno às rotinas diárias. A médio prazo (após três meses) de: prevenção das hipoglicemias, normalização dos valores laboratoriais e controle da pressão arterial (PA). A longo prazo (um ano), através da vigilância periódica trimestral, definiram-se os objectivos de: manter a alimentação e hidratação equilibrada, manter o peso regular, instituir a prática de exercício físico regular, evicção tabágica e alcoólica, manter a auto-vigilância, praticar o autocontrolo (auto-monitorização), cumprimento do regime terapêutico acordado, controle de PA e valores laboratoriais, higiene e cuidados com os pés e vigilância oftalmológica anual.

Deste modo, e para a elaboração e desenvolvimento do projecto, e cumprimento dos objectivos do estágio, foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- ✓ Prestação de Cuidados de Enfermagem directos à população da Consulta do Adulto e Idoso do PSAI da USSCC.

Foi possível a prestação de Cuidados de Enfermagem à população, no âmbito da Enfermagem Comunitária e colaboração na realização da consulta de Enfermagem. Destaco das actividades realizadas a realização de tratamentos, ensinamentos, actividades de vigilância e monitorização do estado de saúde dos indivíduos, bem como a articulação com outros técnicos de saúde (Fig.11), além da realização de registos no sentido da transmissão da informação e continuidade dos cuidados.

Foi neste contexto da prestação de cuidados que foram colhidos os dados da população-alvo do projecto, em colaboração com as duas Enf.^a do PSAI.

Considerado como um momento privilegiado para o contacto directo com a população e prestação de Cuidados de Enfermagem. E que, o Enf.^o tem um papel essencial na avaliação do estado de saúde do adulto e idoso, na identificação de necessidades e levantamento de problemas de enfermagem dirigidos ao indivíduo/família e ambiente/comunidade onde estes se inserem.

Nestas consultas deve realizar-se uma abordagem ao indivíduo, tendo em conta a sua complexidade e atendendo a uma visão holística nas vertentes bio-psico-social e espiritual, de acordo com os princípios éticos fundamentais do bem-agir em saúde.

O Enfermeiro Especialista tem o dever de mobilizar conhecimentos especializados, para a detecção precoce de situações de risco de saúde e/ou social, sinalizando as situações identificadas, e articulando-se com os restantes profissionais de saúde. Deverá ser capaz de

desenvolver uma relação de ajuda, no sentido da capacitação dos indivíduos e famílias para a sua participação activa e informada na melhoria dos seus níveis de saúde, antecipando possíveis obstáculos e prevenindo complicações. Privilegiando a informação adequada a cada indivíduo/situação e a educação para a saúde com vista à adopção de estilos de vida saudáveis e promotores do bem-estar.

De salientar, o dever de registo de informações para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados. E, no sentido de tornar visível o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, a importância de assegurar uma recolha de dados e de indicadores de saúde, para uma melhor gestão da informação e dos cuidados de saúde.

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Manhã	Consulta de Enfermagem Sala de Tratamentos				
	Dra. E.C. Dra. G.C.	Nutricionista	Dra. E.C. Dra. H. M. Dra. G.C.	Dra. E.C. Psicóloga	Nutricionista Psicóloga Dra. H.M.
Tarde	Consulta de Enfermagem Sala de Tratamentos				
	Dra. H.M.			Psicóloga	Psicóloga

Fig. 11 - Cronograma semanal do PSAI

✓ Criação de instrumentos de Registo para a Consulta de Enfermagem

Foram criados, os seguintes instrumentos de registo:

- **Ficha do diabético** – Folha de Colheita de dados e registo da Consulta de Enfermagem, incluindo dados acerca de hábitos de vida e ambiente familiar (Anexo 13).

Pretende-se que com esta colheita de dados se possa conhecer melhor o contexto de cada utente de forma a adaptar as intervenções no sentido da adesão terapêutica e da auto-vigilância - *Empowerment*.

- **Folha de Competências de Auto-cuidado.**

Esta folha (Anexo 14) foi adaptada do modelo existente na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), permite o seguimento, registo e avaliação da evolução do doente pela sua aquisição de competências de Auto-cuidado.

✓ Reuniões formais e informais com Enfermeiras do PSAI da USSCC.

Foram realizadas em Setembro, Outubro e Novembro de 2010, várias reuniões formais e informais, tendo sido conseguido um verdadeiro trabalho de equipa. Foi validado o projecto e realizadas sugestões e adaptações de acordo com as Enfermeiras que serão responsáveis pela sua operacionalização – pois só assim faria sentido este projecto.

✓ Reunião com Enfermeira do CSO Unidade de Saúde Familiar de São Julião, Responsável pela consulta de Diabetes no Programa de Saúde do Adulto e Idoso.

Esta reunião surgiu de uma necessidade sentida e expressada por mim de conhecer outro contexto que já desenvolvesse uma consulta de Enfermagem ao Adulto Diabético de forma estruturada. O local escolhido foi uma sugestão da professora orientadora/tutora do estágio.

A reunião com a Enf.^a M. L. S. decorreu a 19 de Outubro de 2010, e foi complementada com a observação da consulta de Enfermagem do adulto e idoso, a à pessoa com Diabetes. Pela experiência transmitida e observação realizada, foi uma mais-valia e uma certeza de estar no bom caminho, o da autonomia da profissão e da melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

✓ Reunião com a Directora Clínica da USSCC

Em determinado momento, foi útil o envolvimento e informação acerca do projecto da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes da equipa Médica o que foi formalizado com uma reunião, a 21 de Outubro de 2010, com a Directora Clínica da USSCC, no sentido do envolvimento e colaboração da equipa Médica. Prevê-se que, no futuro, os utentes diabéticos sejam encaminhados, pelo seu médico assistente para a Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes, logo que seja feito o diagnóstico.

Foi realizada uma abordagem informal de outros técnicos de saúde, como a Psicóloga e o Nutricionista, no sentido de dar a conhecer o projecto em desenvolvimento, abrindo portas para uma futura colaboração destes no mesmo. Considerei estes técnicos de saúde, uma clara mais-valia para uma futura articulação, uma vez que são recursos disponíveis da instituição.

✓ Reunião com delegada de informação médica A.J. de Laboratório Farmacêutico R.

Foram realizadas 2 reuniões em Novembro, onde foi apresentado sumariamente o projecto e pedida de colaboração, tendo sido fornecido material educativo disponível.

Foi proposto o fornecimento de glucómetros aos utentes da consulta e o fornecimento de material de observação e tratamento para o pé diabético, para a USSCC.

Por contingências de tempo e disponibilidade das Enf.^a do PSAI, a primeira reunião foi realizada por mim, sendo a segunda com participação de uma das Enf.^a do PSAI.

Foram fornecidos glucómetros, aguardando-se o material de observação e tratamento do pé diabético (diapasão, filamento, entre outros).

- ✓ Reunião para articulação com Enf.^a R. P. (com formação em podologia - pé diabético).

Realizada a 4 de Novembro de 2010 com o EC, Enf.^a do PSAI e Enf. R.P. - indicada como um elemento da Equipa da USSCC com formação especializada sobre pé diabético. Nesta reunião, ficou estabelecido o compromisso de contacto com Enf.^a R.P. na realização da consulta, mostrando-se esta disponível para se dirigir à Sala de tratamentos na 5^a feira à tarde (horário previsto para a Consulta), quando contactada (uma vez que apesar de fazer parte da equipa do Apoio Domiciliário se encontra nesse horário na US). Considerada uma mais-valia a partilha de conhecimentos e experiências entre enfermeiros e a participação da Enf.^a R.P. durante a Consulta de Enfermagem, a ser realizada pela Enf.^a do PSAI, na Sala de Tratamentos.

Foi definido manter a folha, já em uso na Extensão Natália Correia, de registo e observação do pé diabético (Anexo 15).

Outras vantagens desta articulação passam pela rentabilização de tempo e recursos, bem como acessibilidade facilitada ao utente que não terá que se deslocar novamente à US para realizar observação e tratamento ao pé diabético, além da prevenção do agravamento de complicações e promoção de uma intervenção integrada e atempada.

- ❖ Elaboração de Manual/Guia da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes.

O Manual/Guia da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes (Anexo 16), criado com o objectivo de ser um instrumento de reunião de formação relevante e partilha de conhecimentos. Este manual/guia ficou no serviço como um instrumento em evolução e construção pelas Enfermeiras responsáveis pela consulta. Inclui o projecto, os instrumentos de registo, orientações para a realização da consulta e vigilância de saúde do diabético e ainda artigos, documentos e trabalhos para consulta.

- Acção de Formação à Equipa de Enfermagem sobre Gestão de Diabetes e Apresentação do Projecto da criação e estruturação da Consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes.

Foi realizada uma Acção de Formação anunciada em cartaz (Anexo 17) elaborado, no dia 15 de Novembro de 2010 às 15h na Sala de reuniões do terceiro piso da USSCC, tendo como população alvo a equipa de Enfermagem e Médica da USSCC (Anexo 18).

Com esta actividade, que incluiu a apresentação de alguns dados recolhidos acerca da população bem como a apresentação do projecto à equipa, conseguiu-se envolver a equipa da USSCC no projecto, colhendo-se sugestões para de futuro alargar o seu âmbito à população hipertensa.

Com a apresentação desta Acção de Formação, tornou-se visível a capacidade de comunicação e de apresentação dos dados recolhidos e do projecto a uma audiência que incluiu enfermeiros e médicos.

Foi uma constante o desenvolver de trabalho em equipa de enfermagem e multidisciplinar, salientando a liderança de equipas especializadas na prestação de cuidados e elaboração do projecto.

A identificação das necessidades formativas foi desenvolvida não só pela realização de uma Acção de formação, mas também, pela negociação com o EC da USSCC da necessidade de criar condições para a formação específica na área da Diabetes às Enf.^a envolvidas no projecto, sugerindo a APDP como entidade formadora na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional das enfermeiras do PSAI e da USSCC (existindo um protocolo entre instituições facilitador desta articulação). Destacam-se as necessidades, sentidas e expressadas, de formação em comunicação e gestão da doença crónica.

3. Avaliação

Foram definidos critérios de avaliação para cada um dos projectos.

3.1 – Indicadores de Avaliação para a Gestão de Materiais.

De forma a facilitar a avaliação da operacionalização do projecto foram definidos os seguintes indicadores:

- Registo informatizado dos consumos de cada área clínica, pelo Enf.^o responsável, com níveis de stock definidos;
- Registo informatizado dos pedidos e consumos de toda a Unidade de Saúde, quer ao Armazém, quer à Farmácia, com níveis de stock definidos;
- Número de pedidos extraordinários;
- Redução dos stocks existentes na USSCC, adaptados ao consumo e à capacidade de armazenamento;
- Redução de taxas de Artigos/pensos/fármacos que ultrapassam prazos de validade.

Como gestor das unidades de saúde e coordenador da assistência em enfermagem, o Enfermeiro Especialista, assume como seu o papel de determinação do material necessário à consecução dos cuidados de enfermagem e de saúde, bem como as suas especificações técnicas, aspectos qualitativos e quantitativos.

O Enfermeiro deve saber o perfil de consumos de materiais da sua unidade, incluindo material de consumo, medicamentos/fármacos e esterilizados (enviado e recebido da central de esterilização) e envolver-se no processo de compra, controle e avaliação com a finalidade de garantir a qualidade e eficácia dos cuidados de enfermagem. Deve promover estratégias de

sensibilização dos outros profissionais (enfermeiros e outros) em relação ao uso racional/optimização de recursos (Tronchin et al., 2005, p. 169), e manter-se actualizado em relação a novos produtos e técnicas terapêuticas que exijam novos materiais.

Está definido desde 1991, na Legislação Portuguesa (Carreira de Enfermagem, Área de actuação da gestão), o papel dos enfermeiros que desempenham funções de gestão nos serviços ou unidades de saúde (Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 437/91):

- “ - h) *Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;*
- i) *Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;*
- j) *Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;*
- l) *Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem.”*

No Decreto-Lei n.º 188/2003 é reconhecida como função da enfermagem a responsabilidade na *“utilização optimizada dos recursos, com especial relevo para o controlo dos consumos”*.

É indiscutível o papel do Enfermeiro Especialista, pelas suas competências gerais que ao assumir a gestão das unidades de saúde onde se inclui a gestão dos materiais, como uma conquista na esfera da tomada de decisão ao nível técnico-administrativo inerente ao processo de cuidar e gerir.

Embora o processo de centralização da responsabilidade da gestão do stocks nos serviços de Armazém e Farmácia seja o caminho a seguir, o tempo de estágio bem como a sua natureza profissionalizante em Enfermagem Comunitária, exigiram uma limitação do âmbito da intervenção a efectuar, considerando este projecto o início de um processo que deverá e poderá sofrer ajustes que se verifiquem necessários, e tendo como sugestão ultrapassar o limite da USSCC para as outras US da SCML.

Segundo o EC da USSCC, este processo de extensão da reestruturação da Gestão de Materiais está neste momento em fase de alargamento às outras USSC, o que vem reforçar o reconhecimento da utilidade do trabalho realizado e do “lastro” deixado na instituição.

De salientar as competências desenvolvidas de gestão, a iniciativa e criatividade na interpretação e resolução do problema identificado no contexto, de decisão fundamentada, tendo em conta as responsabilidades éticas e sociais do Enfermeiro Especialista. De desenvolvimento de auto-formação e de incorporação na prática de evidências válidas e relevantes para o problema levantado, bem como a identificação de necessidades formativas dos enfermeiros e promoção da mesma, dentro do âmbito do projecto.

3.2 – Indicadores de Avaliação para a Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes.

A produção de dados de indicadores de saúde é essencial para a tradução dos benefícios em saúde alcançados pela implementação do projecto, deste modo e considerando os instrumentos de registo criados e adaptados será possível avaliar ao final de um ano:

- N.º de utentes da Consulta Adulto Idoso da USSCC;
- N.º de utentes diabéticos e hipertensos da Consulta Adulto Idoso da USSCC;
- N.º de utentes diabéticos seguidos na Consulta de Enfermagem a pessoa com Diabetes e família, inserida no PSAI da USSCC.

Destes últimos, importa destacar, os seguintes indicadores de saúde:

- N.º de utentes que realizam auto-vigilância e auto-controle da glicemia;
- N.º de utentes com HbA1c controlada (< ou = 6,5%);
- N.º de utentes que com valores de pressão arterial controlados (PA<140/80mmHg);
- N.º de utentes com Vacinação Anti-tetânica actualizada;
- N.º de utentes com Vacinação Anti-gripal actualizada.

Além destes indicadores, a avaliação será feita pela consecução dos objectivos terapêuticos definidos para a Consulta de Enfermagem a curto, médio e longo prazo, anteriormente enunciados, e pela aquisição de competências de auto-cuidado nos utentes envolvidos no projecto.

Não foi possível passar à implementação da consulta de Enfermagem por contingências institucionais e tempo de estágio. Segundo o EC a Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes/família já foi autorizada pela Direcção de Enfermagem.

De salientar o zelo demonstrado, pela melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados ao e o desenvolvimento do trabalho em equipa, liderando o projecto e a mudança, no sentido da melhoria da oferta de Cuidados de Enfermagem, e de saúde à pessoa com Diabetes e família. Além da promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da USSCC, pela consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais, no sentido da afirmação e autonomia da profissão.

A abordagem da problemática identificada decorreu de forma sistemática e orientada para um fim. A comunicação e apresentação do projecto traçado foi possível a enfermeiros, e médicos durante a Acção de Formação realizada. Houve ainda a preocupação de mobilizar recursos institucionais e comunitários.

PARTE III – MÓDULO III: DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PROJECTO DE INTERVENÇÃO NA ECD DO CHLC, EPE.

O projecto dos Cuidados Continuados surgiu no Hospital de São José (HSJ), no Serviço de Medicina 2.1(homens), sendo uma iniciativa da equipa do Serviço com o objectivo de melhorar a continuidade de Cuidados e aproximar o Hospital dos Centros de Saúde da sua área de abrangência, com o envio de fax com nota de alta dos doentes.

Em 2002 e de forma mais estruturada surge o Projecto “Hospital/Domicílio – Continuidade de Cuidados” com o apoio e financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian, concretizado entre 2004 e 2006, em conjunto com quatro Centros de Saúde. Após a alta hospitalar, e durante duas semanas era assegurado o apoio domiciliário pelos Cuidados Continuados Hospitalares articulando-se com a rede de apoio comunitário e os Centros de Saúde.

Desde Novembro de 2004, o Projecto de Cuidados Continuados recebe cerca de seis a oito referências por semana, dos Serviços de Medicina do HSJ.

Em 2007 os Cuidados Continuados passaram a ser um Serviço totalmente assegurado e financiado internamente, com extensão a todos os Serviços de Medicina do HSJ. Este foi, progressivamente, estendido a todos os serviços de internamento do hospital. Com a criação do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (CHL-ZC) e posteriormente o CHCL, EPE foram estendidas as referências ao HSAC e ao HSM, e seus serviços de internamento. Mantendo-se no entanto uma clara maioria de referências dos Serviços de Medicina no geral.

A ECD têm assumido, desde então, um papel importante na promoção da continuidade de cuidados pós-alta, com os objectivos de: identificar precocemente os doentes em situação de fragilidade e com necessidades de continuidade de cuidados após a alta hospitalar; estabelecer vias de comunicação entre os profissionais do hospital e da comunidade, para a continuidade de cuidados; capacitação e co-responsabilização do doente/família na prestação dos cuidados.

A ECD é uma equipa multidisciplinar constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistente Social e Fisioterapeutas.

A Coordenação da Equipa (ou Equipa Coordenadora) é assegurada por três elementos um médico, uma Enfermeira e uma Assistente Social. Tem como funções a avaliação das propostas de referência, identificação das necessidades, definição do plano de cuidados e agendamento das visitas; gestão dos recursos humanos e materiais; promoção da formação em equipa e articulação com os Centros de Saúde. É esta equipa que recebe as referências dos serviços (via fax) nas 48H que antecedem a alta, avaliando as

necessidades de cada caso e agendando uma primeira visita nas 24h após a alta. Existe ainda uma Administradora Hospitalar que é responsável pela gestão e organização da Equipa.

A prestação de cuidados aos doentes e famílias/cuidadores informais tem sido assegurada por três médicos, quinze Enfermeiros e quatro Fisioterapeutas – Equipa Prestadora. Existindo ainda a colaboração, quando necessário de uma Dietista do hospital.

Assim, a ECD tem como Missão: Promover a continuidade de cuidados terapêuticos, na fase imediata pós alta hospitalar, no domicílio garantindo a segurança do doente e família, sempre que a situação clínica o justifique. Funcionando como uma rede de articulação, entre os Cuidados de Saúde Diferenciados Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários nos Centros de Saúde (Gomes, et al., 2009).

Os seus valores são:

- Dar continuidade aos cuidados iniciados no internamento e consolidar o respectivo equilíbrio clínico;
- Promover a reintegração do doente no seu meio familiar;
- Promover a melhoria das práticas do cuidar sob uma linha multidisciplinar;
- Promover, em articulação com a comunidade, a prestação individualizada e humanizada de cuidados ao doente;
- Prevenir as situações de agravamento de dependência e de reinternamento.

Os seus objectivos incluem:

- Desenvolver educação para a saúde junto dos doentes e cuidadores de modo a promover e manter a autonomia em situação de doença crónica ou dependência;
- Promover o envolvimento dos cuidadores, capacitando-os e co-responsabilizando-os face ao processo de cuidados;
- Promover a melhoria das práticas através dos processos de articulação entre equipa de cuidados domiciliários do hospital e a equipa de cuidados de saúde primários;
- Prevenir eficazmente os reinternamentos no hospital e o tempo de internamento prolongado;
- Promover uma melhor gestão das camas ao nível do internamento.

A Equipa Prestadora de cuidados reavalia as necessidades de cada doente/família em contexto domiciliário, define o plano de cuidados e o agendamento/frequência das visitas, realizando registos de evolução e de actividades realizadas. Monitoriza o estado de saúde e evolução do doente, articulando os seus recursos internos de acordo com as necessidades específicas de cada caso/situação.

Este acompanhamento é em média durante cerca de quinze dias após a alta hospitalar, acabando por referenciar por sua vez o doente/família ao CS da sua área de residência,

através de uma folha de referenciação que é entregue ao doente e enviada (via fax) à equipa de Cuidados Continuados, complementada com um telefonema para um enfermeiro da mesma.

Podem ser referenciados todos os doentes internados no CHLC, EPE, com previsão de alta para o domicílio aos quais se preveja necessidades de apoio.

Os doentes e família são informados durante o internamento, sobre a existência e o objectivo da ECD, obtendo o seu consentimento para a referenciação. É discutido e validado pela equipa multidisciplinar do internamento, a necessidade de acompanhamento domiciliário pós alta. Há um contacto telefónico, realizado pela Enfermeira Responsável pelo doente no internamento com a EC da ECD, no sentido de fazer uma avaliação conjunta das necessidades do doente.

Finalmente, o doente é referenciado em impresso próprio, enviado por fax, em conjunto com as notas de alta médica e de enfermagem do internamento. A referenciação acontece nas 24 ou 48h que antecedem a alta do serviço de internamento, respeitando os seguintes critérios de inclusão: situação de doença crónica complexa; dependência nas Actividades de Vida Diárias (AVD's); doença avançada ou terminal, em parceria com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos; necessidade de continuidade de tratamentos; necessidade de ensino à família/cuidador informal; necessidade de *follow-up* após cirurgia de ambulatório; utentes referenciados à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a aguardar vaga em casa.

A primeira visita de ECD é realizada pelo Enfermeiro em que é apresentada a equipa e a sua disponibilidade de atendimento telefónico, e são reavaliadas as necessidades do doente e família/cuidador informal, em contexto domiciliário. Com base nesta primeira avaliação é realizado o plano de cuidados e previsto agendamento das visitas.

A prestação de cuidados tem como ponto de partida as necessidades dos doentes e famílias, validados e contextualizados no seu ambiente natural – o domicílio. Baseando-se numa perspectiva holística do indivíduo, numa dinâmica de intervenção da equipa multidisciplinar.

O apoio prestado aos doentes e família/cuidador informal passa pela: validação e manutenção do cumprimento de terapêutica; realização de tratamentos; realização ou reforço de ensinamentos relativos a diferentes AVD's; Manutenção e reabilitação funcional; Ensino e treino de cuidadores principais; Ensino e adaptação à situação de doença crónica; Capacitação dos cuidadores no cuidar (*Empowerment*).

As vantagens para o doente, do acompanhamento da ECD incluem: acompanhamento imediato e promoção da articulação e acompanhamento a médio e longo prazo, com a articulação com os CSP; adequação do plano de cuidados às reais necessidades do doente/família, no seu contexto domiciliário e promoção da recuperação psicológica e funcional do doente/família.

Por outro lado, a ECD projecta o hospital para a comunidade e promove a comunicação/articulação entre o mesmo e os CSP.

1. Objectivos Específicos

No módulo III, de acordo com o plano de estudos do curso e orientações do corpo docente de Enfermagem Comunitária da UCP, foram definidos os seguintes objectivos de estágio:

- Conhecer o âmbito da acção e, população alvo e o contexto organizacional e geográfico onde se insere a ECD do CHLC, EPE;
- Identificar uma área de intervenção necessária, no âmbito da Enfermagem Comunitária, na ECD do CHLC, EPE;
- Elaborar um projecto de intervenção, de acordo com a necessidade identificada, na ECD do CHLC, EPE.

2. Diagnóstico de Situação

Dados de 2009 da ECC, indicam que foram acompanhados 322 doentes, dos quais 165 mulheres e 157 homens; 37 em Cuidados Paliativos e 58 referenciados à RNCCI. De referir que: 62% dos doentes acompanhados pela ECC são encaminhados para acompanhamento no CS, seja para as Equipas de Cuidados Continuados, seja para vigilância de saúde, 21% são reinternados, 8% falecidos e 7% são encaminhados para a RNCCI. Nos outros casos, estão incluídos outros recursos comunitários, como a SCML, que inclui apoios e serviços na área do apoio social e saúde.

Cerca de 70% das visitas domiciliárias realizadas pela ECC foram visitas de Enfermagem.

A população é maioritariamente envelhecida, 56% entre os 71 e os 90 anos. Em cerca de 83% dos casos o principal cuidador é a família, sendo em 12% dos casos amigos ou vizinhos. Em 5% das situações, é exclusivamente assegurado por apoio social.

A escolha da área de intervenção sobre parcerias entre o hospital e os recursos comunitários prende-se não só com interesses pessoais e profissionais, mas também com uma necessidade sentida e expressada pela EC da ECD. Sendo que a articulação entre o serviço e

os CS da sua área de abrangência faz-se actualmente, pelas relações estabelecidas ao longo de vários anos de trabalho em conjunto.

O Apoio Domiciliário é uma vertente importante do trabalho da SCML que inclui ajudantes familiares, ajudas técnicas e/ou visitas de enfermagem, médicas ou de técnicos de serviço social, devendo por isso ser considerado como um recurso válido e a explorar.

❖ Reuniões formais e informais com Enfermeiros e EC da ECD do CHLC, EPE

As reuniões formais e informais com Enfermeiros e EC da ECD do CHLC, EPE, além dos aspectos considerados nas actividades transversais do estágio (já desenvolvido), permitiram a partilha de experiência, conhecimentos e colheita de informações. Além de favorecer a reflexão crítica, nomeadamente acerca de:

- da importância das parcerias comunitárias;
- da situação de fragilidade e crise em que as pessoas e famílias se encontram na transição para casa após alta hospitalar, muitas vezes obrigadas a gerir uma situação de dependência prolongada ou nova na família;
- do problema de saúde pública criado pelo “*burnout* do cuidador”.

❖ Realização de Visitas Domiciliárias, na ECD do CHLC, EPE.

Foi possível realizar visitas domiciliárias até ao final de Dezembro de 2010, o que permitiu um melhor conhecimento do trabalho realizado pela ECD do CHLC, EPE, além da reflexão crítica que levou à elaboração do projecto de parcerias comunitárias de saúde.

A visita domiciliária inclui a avaliação da situação de doença e familiar do contexto, seu necessário planeamento e definição de um plano de cuidados com estabelecimento de objectivos e metas a atingir, bem como a sua avaliação. São utilizados, nesta metodologia, várias escalas e instrumentos de registo e avaliação que incluem: a Notação social da família (Graffar adaptado); Índice de Barthel (que classifica o grau de dependência do doente na realização das AVD's); a Escala de Braden (para avaliação do risco de úlcera de pressão) e a Folha de avaliação e tratamento de feridas; o guia de tratamentos e listagem da medicação instituída (que permite o apoio na gestão da medicação e verificação do seu cumprimento junto do doente e família).

Foi ainda instituída uma folha de registo de acompanhamento telefónico do doente e família, tentando ultrapassar dificuldades sentidas pela equipa, de registo e avaliação deste aspecto.

Verificou-se a importância do trabalho desenvolvido pela ECD, nomeadamente, no apoio emocional e esclarecimento de dúvidas, reforço de ensinamentos no sentido da capacitação do doente e família e da prevenção do *Burnout* do cuidador.

A gestão da medicação, reforço de ensinamentos de técnicas de higiene e conforto, alimentação ou vigilância do padrão de eliminação, evitaram idas (desnecessárias e com custos associados) ao Serviço de Urgência e eventuais reinternamentos.

Uma visão crítica, assim como a mobilização de experiências e conhecimentos anteriores - facilitada pelo crescimento pessoal e profissional obtido nos módulos I e II do estágio, permitiu identificar as USSC como um recurso comunitário a explorar no âmbito das parcerias comunitárias da área de abrangência da ECD.

As visitas domiciliárias constituem, de acordo com vários autores, um momento privilegiado na recolha de informações nos contextos reais de vida das pessoas - fundamental no acompanhamento de situações de grande complexidade como no caso das doenças crónicas ou incapacitantes. Os profissionais de saúde saem do seu ambiente natural (as instituições de saúde), para o ambiente das pessoas que precisam de cuidados de saúde, tornando-se evidente a importância das competências de comunicação e relacionais para o estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança, com o doente e família,.

O enfermeiro especialista deverá ter conhecimentos no sentido da colheita informação acerca do suporte familiar, da rede de apoio social existente, das condições habitacionais e sociais do ambiente em que o indivíduo e família se inserem. De salientar uma reflexão sobre a problemática do stress/*burnout* do cuidador informal, um problema de saúde pública que deverá ser uma preocupação do enfermeiro especialista, no sentido da sua prevenção e antecipação. Verificando-se necessárias estratégias para a sua prevenção como: o apoio emocional à família/cuidador, realização e reforço de ensinamentos incentivando a capacitação (*Empowerment*) dos doentes e família e na informação e mobilização de recursos e resposta comunitárias, como por exemplo a RNCCI.

Para a sua realização é necessário ter em conta o planeamento das intervenções de enfermagem (plano de cuidados), o seu registo e reavaliação constante, além da avaliação dos resultados alcançados. De forma a conseguir responder às necessidades e expectativas das pessoas e famílias pelas quais somos profissionalmente responsáveis.

Destacam-se ainda as seguintes actividades, consideradas como uma oportunidade de aprendizagem aproveitada: a observação e colaboração no processo de referenciação à RNCCI – possível pela acumulação de funções da EC da ECD também na Equipa de Gestão de altas hospitalar; e a colaboração na recolha e tratamento de dados para elaboração do relatório da actividade assistencial da ECD no ano 2010.

3. Projecto de Intervenção de Parcerias na transição hospital-casa.

Segundo Meleis, na sua *Teoria da Transição em Enfermagem* (referida por Petronilho, 2007), os enfermeiros têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do seu ciclo de vida, sendo as transições definidas como os processos e resultados de uma

interacção entre a pessoa e o ambiente. As transições são referidas por Petronilho (2007, p.30), como momentos da vida das pessoas e famílias que podem ser previsíveis, como a evolução de uma doença crónica, ou inesperados, com uma doença súbita causadora de dependência de um membro da família, o que leva ao recurso à sua capacidade auto-organizativa e o recurso às suas fontes de suporte, como forma de resolver os problemas decorrentes da transição. O mesmo autor diz-nos que os processos de transição podem ser influenciados positivamente pelas condições sociais e da comunidade, e pelo apoio de familiares ou pessoas significativas; e negativamente por uma rede de suporte insuficiente e/ou informação inadequada.

O efeito significativo dos cuidados de enfermagem domiciliários, na qualidade de vida dos idosos dependentes e familiares/cuidadores, que vivem experiências de transição é confirmado pelos trabalhos de investigação de Meleis (Petronilho, 2007, p.31).

De acordo com vários autores a entrada em casa de um membro da família com doença crónica ou dependente, é muitas vezes sentida como uma desafio ou mesmo ameaça, que poderá ser gerador de uma crise.

Outra abordagem a ter em conta será a de Hoff (2001), esta autora desenvolveu um modelo com uma perspectiva pensada e estruturada de forma global e multidisciplinar, para as situações de crise – *Modelo de intervenção na crise*. Segundo esta autora, as situações emocionalmente destabilizadoras para o sujeito podem ser de origem situacional (entre outras), como um estado de doença terminal ou incapacitante. Esta abordagem está direccionada para a resolução da crise e tem em conta aspectos como a avaliação da situação que é levada a cabo com a pessoa e outros elementos significativos da sua rede social. Por outro lado, os recursos sociais e comunitários são considerados relevantes para a sua avaliação.

No âmbito da promoção da saúde (SQUIRE 2005, p. 204-205), o conceito de parceria pressupõem a “*partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com outros*” “*respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde*”. Segundo Cerqueira et tal. (citados por Carvalho, 2002), é uma negociação entre duas ou mais partes, utilizando as capacidades de cada uma delas, visando um resultado vantajoso, no interesse do grupo social. Para Zay & Gonnin-Bolo, citados por Gomes (2002, p. 66), é um compromisso numa acção negociada.

Segundo vários autores, as parcerias comunitárias são uma forma de coordenar respostas para a resolução de problemas sociais complexos. Estas devem ser orientada para a intervenção comunitária a longo prazo, através de um trabalho colaborativo, partilhando recursos e coordenando serviços para objectivos e benefícios comuns – neste caso o suporte e *Empowerment* do doente/família em situação complexa e crónica de doença com alta hospitalar.

Ornelas e Moniz (p.154, citando vários autores) dizem-nos que as parcerias mais eficazes, que promovem a mudança, são as que cumprem critérios de: abrangência numa

perspectiva holística do problema e sua complexidade; flexibilidade adaptada ao contexto e suas prioridades; promoção da ligação à comunidade, com a participação dos vários parceiros comunitários; *Empowerment* comunitário; diversidade comunitária reflectida; gestão da divergência e do conflito, no sentido do consenso; orientação para resultados – objectivos claros e mensuráveis; desenvolvimento de sistemas de avaliação e comunicação eficazes.

De acordo as necessidades identificadas, foi elaborado um projecto Parcerias na transição hospital-domicílio (Anexo 19).

3.1.– Objectivos gerais e específicos.

Para o projecto de parcerias, foram traçados os seguintes objectivos gerais e específicos:

Objectivos Gerais:

- Intervir no âmbito da Enfermagem Comunitária, para a assistência ao doente crónico e/ou dependente na fase imediata pós alta, de forma a potencializar a articulação com os recursos comunitários de saúde, no sentido da autonomia e capacitação (*Empowerment*) familiar ou do núcleo doente/família (cuidador(es) informais).
- Estabelecer parcerias entre os Cuidados de Saúde Diferenciados – ECD do Hospital (CHLC,EPE) e os Cuidados de Saúde Primários – Centros de Saúde e Unidades de Saúde locais.

Objectivos Específicos:

- Dar a conhecer a ECD do CHLC, EPE, a sua missão objectivos e actividades aos potenciais parceiros deste projecto – CS X e USSC;
- Conhecer a Equipa de Apoio Domiciliário do CS X;
- Conhecer a Equipa de Apoio Domiciliário da USSC;
- Estabelecer parceria entre a ECD do CHLC, EPE e a Equipa de Apoio Domiciliário do CS X, nomeadamente com canais de comunicação privilegiados com Enfermeiro(s) de referência;
- Estabelecer parceria entre a ECD do CHLC, EPE e a Equipa de Apoio Domiciliário da USSC, através de canais de comunicação privilegiados com Enfermeiro(s) de referência.

Como Estratégia, pretende-se estabelecer vias de comunicação eficazes entre os profissionais do hospital e da comunidade, de forma a garantir a continuidade de cuidados após a alta do doente. O que só é possível, pela rede intra-hospitalar já estabelecida com os serviços do CHLC, EPE e a ECD (em que se faz uma identificação precoce dos doentes em situação de fragilidade e com necessidades de cuidados, após alta hospitalar). Tornando então

possível um trabalho de capacitação (*Empowerment*) e co-responsabilização com o doente/família na prestação de cuidados.

A escolha do CS e da USSC a incluir no projecto teve como base: para a escolha do CS uma sugestão da EC da ECD por uma relação privilegiada de trabalho com o Enf.º Chefe do CS X e pela experiência do próprio em parcerias, o que poderá ser uma mais-valia no desenvolver do projecto; no caso da USSC pretende-se aproveitar uma relação privilegiada após a realização do módulo I e II do estágio. O recurso comunitário das USSC é por vezes, esquecido na referenciação da ECD, optando-se pela referenciação para o CS da área de residência, no entanto, estes doentes têm muitas vezes já um apoio estruturado da SCML que pode incluir ajudas técnicas, apoio na alimentação, fornecimento de medicação, produtos de incontinência, todos estes apoios pressupõem o cumprimento de vigilância de saúde na US ou no domicílio pela equipa médica e de enfermagem do Apoio Domiciliário da US.

A população-alvo deste projecto engloba todos os doentes referenciados à ECD do CHLC, EPE. Em particular, os doentes que se incluam na área de abrangência do CS X e da USSC da SCML.

A operacionalização deste projecto pretende-se que decorra num período de três meses, desde a sua data de início.

3.2. – Actividades e recursos:

- Contacto e reunião com o Enf.º Chefe do CS X e EC da USSC, no sentido de apresentar formalmente a ECD e o projecto de parceria.
- Acção de Formação aos Enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados CS X e do Apoio Domiciliário da USSC, para apresentação do projecto.
- Reunião para definição do âmbito da parceria com estabelecimento de elementos de referência em cada equipa – ECD do CHLC, EPE, Equipa de Cuidados Continuados CS X e Apoio Domiciliário da USSC.

Para a concretização deste projecto prevê-se a realização de reuniões e apresentações formais das equipas envolvidas na parceria, de forma a estabelecer objectivos em comum e otimizar a comunicação bilateral. Para isso, foi prevista a criação de documentos de articulação que serão enviados via internet, directamente para uma morada electrónica de cada elemento de referência, de preferência institucional.

No sentido de garantir a continuidade de cuidados, e para ultrapassar o problema identificado, foram criados instrumentos de registo, para articulação entre parceiros:

- Folha de referênciação para o CS X – Equipa de Cuidados Continuados/USSC – Apoio Domiciliário (Anexo 20).

Não se prevê necessidade de recorrer a recursos extra para a concretização do projecto. Sendo os recursos humanos os Enfermeiros da ECD e das Equipas de Cuidados Continuados do CS X e Apoio Domiciliário da USSC; e os recursos materiais (telefone, fax, material informático) - já existentes.

Considerando esta como uma oportunidade para melhorar a articulação entre a ECD e o Serviço de Urgência onde trabalho, foi criado (adicionalmente) um instrumento de registo para comunicação bilateral. De acordo com o sentido por mim, enquanto Enfermeira do Serviço de Urgência, e confirmado com a EC da ECD. Foi possível verificar na actividade assistencial, a deslocação a casa de utentes que estavam internados ou em observação no Serviço de Urgência, por não haver uma informação atempada, o que implica custos que podem e devem ser evitados, justificando esta intervenção.

- Comunicação de ida à Urgência ou Reinternamento – bilateral (Anexo 21).

4. Avaliação

Foram igualmente definidos os seguintes indicadores, para avaliação ao final de um ano do início da operacionalização do projecto:

- N.º de utentes referenciados ao CS X (para visita domiciliária ou para vigilância de saúde, ou seja, total de doentes referenciados);
- N.º de utentes referenciados à USSC (para visita domiciliária ou para vigilância de saúde, ou seja, total de doentes referenciados);
- Dias de necessidade de acompanhamento imediato pós alta pela ECD;
- N.º de doentes com necessidade de acompanhamento por ECD no CS X, e Apoio Domiciliário da USSC.
- N.º de doentes referenciados para CS X e USSC, para vigilância de saúde;
- N.º de utentes que recorrem ao Serviço de Urgência do CHLC, EPE durante o acompanhamento pela ECD;
- N.º de utentes que recorrem ao Serviço de Urgência do CHLC, EPE nos 3 e 6 meses, após alta da ECD;

■ N. de reinternamentos de utentes acompanhados, pela ECD.

Para Diniz (2007), o conceito de parceria tem sido apropriado pelos enfermeiros de forma pertinente, tendo em conta os aspectos inerentes ao conceito como: a partilha, os objectivos comuns, a interactividade a sinergia e a comunicação eficaz. Sendo um conceito transdisciplinar, parece fazer sentido uma parceria enfermeiro-doente e família. No entanto, teremos que constituir entre os profissionais uma rede de suporte a este doente e família que sai do hospital para o domicílio numa situação de crise, com necessidades de adaptações profundas na estruturação da sua vida. Justificando a pertinência de uma parceria entre profissionais do hospital e dos CS ou USSC, de forma a apoiar o doente/família nesta transição.

Por contingências internas do CHLC, EPE, a actividade assistencial (visitas domiciliárias) foi suspensa no início de Janeiro de 2011, aguardando-se decisão superior para o futuro da ECD. Por este motivo, não foi possível passar para a fase de implementação do projecto.

5. Conclusão

A minha experiência profissional de nove anos como enfermeira de um contexto hospitalar (CSD), num Serviço de Urgência de um Hospital Central, bem como outras experiências de trabalho em acumulações de funções num Centro de Saúde (CSP), influenciaram a escolha desta área de especialização, por ter sido sempre (desde a formação profissional inicial) uma área que me despertou um interesse particular. Por outro lado, levou-me a uma reflexão sobre a barreira por vezes gigantesca que se ergue entre o hospital e os outros recursos comunitários. Acredito que o hospital tem um longo caminho a percorrer, no sentido da sua abertura para a comunidade e articulação com parceiros comunitários.

O crescimento profissional e experiência recente em contacto com a SCML despertaram reflexão e análise crítica da realidade em que vários utentes da área de influência do hospital utilizam os seus serviços não só para um apoio a carências económicas existentes, mas que é sobretudo aí que fazem a sua vigilância de saúde, muitas vezes com uma frequência trimestral de consultas médicas e de enfermagem. De salientar, também, a oportunidade de realizar parte do estágio em contexto profissional, com o conhecimento mais aprofundado do trabalho realizado pela ECD do CHLC, EPE, que projecta o hospital para a comunidade.

No módulo I, foi realizado o diagnóstico de situação na USSCC, tendo sido identificadas duas áreas problemáticas, passíveis de intervenção: a Gestão de Materiais provenientes da farmácia e do armazém, e gestão da Diabetes – *Empowerment*. Foi ainda elaborado um projecto de reestruturação da gestão de materiais da US, de acordo com necessidades institucionais.

No módulo II, foi então terminado o diagnóstico de situação em relação ao PSAI, tendo-se desenvolvido um projecto para a criação e estruturação da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes – no sentido de uma melhoria da oferta de cuidados de enfermagem e de saúde à população e igualmente no sentido da autonomia e afirmação da profissão.

No módulo III, foi diagnosticada a necessidade de estabelecimento de parcerias entre a ECD do CHLC, EPE e os recursos comunitários, tendo incidido sobre a articulação com um CS da área de abrangência do hospital e uma USSC – no sentido de unir esforços e recursos de forma a tornar a transição hospital-casa um processo facilitado e apoiado, envolvendo desde logo o doente e família.

No entanto, foram surgindo ao longo do estágio algumas dificuldades e constrangimentos, tanto na USSCC como na ECD, que condicionaram alguns ajustes nos projectos, nomeadamente:

- condicionantes de tempo, impostos pela instituição, levaram à apresentação do projecto de Gestão de Materiais ainda no módulo I, o que prolongou o Diagnóstico de Situação na área da Diabetes para o módulo II;

- a autorização para o início da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes, não foi possível antes do final do tempo previsto para o estágio, apesar do planeamento já efectuado e dos instrumentos de registo prontos. De referir que, no entanto, a autorização para o início da consulta já foi conseguido, junto da Direcção de Enfermagem - pelo reconhecimento da sua importância pelos enfermeiros e médicos da US.

- A actividade assistencial da ECD do CHLC, EPE foi suspensa no final de Dezembro de 2010, por contingências de financiamento a nível institucional, e por ordem do CA, comprometendo a operacionalização do Projecto de Parcerias a estabelecer.

Na gestão, conseguiu-se responder às necessidades expressadas e diagnosticadas. Respondendo a obrigações éticas e de cidadania, bem como desenvolvendo competências de Enfermeiro Especialista, nomeadamente de gestão e liderança de equipas e processos de mudança, bem como o recurso e mobilização de conhecimentos tendo por base a experiência profissional e de vida, bem como orientações técnicas especializadas.

De salientar em relação à gestão de materiais que o trabalho realizado, deixa o caminho facilitado para os gestores, nomeadamente o EC, rentabilizar os recursos e diminuir o desperdício. Bem como, o envolvimento da equipa de Enfermagem, delegando responsabilidades de previsão, gestão e registo de gastos de materiais nos enfermeiros de cada programa da US - deixando o EC com maior disponibilidade para investir noutras áreas.

O processo de extensão da reestruturação da gestão de materiais está neste momento em fase de alargamento às outras USSC, o que vem reforçar o reconhecimento da utilidade do trabalho realizado e do “lastro” deixado na instituição pelas sugestões efectuadas.

Os enfermeiros estão estrategicamente colocados no seio da equipa multidisciplinar, como elementos privilegiados no acompanhamento à pessoa diabética e família em todo o seu processo terapêutico. Torna-se clara a importância de cada vez melhor dirigir e aperfeiçoar a abordagem do enfermeiro aos doentes diabéticos seguidos em consulta de enfermagem – de inequívoca importância e relevância para o controlo desta pandemia.

Foi possível abordar uma problemática complexa de forma sistemática e criativa, liderando equipas e conseguindo envolver e motivar os enfermeiros no processo de criação da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes. A recolha de dados e sua apresentação traduziram um discurso fundamentado e análise crítica sobre aspectos relevantes em saúde pública. Foram identificadas necessidades de formação, e sugerida a sua resolução – através do protocolo de formação existente entre a SCML e a APDP.

A consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes e família está em vias de operacionalização pelas Enfermeiras do PSAI da USSC, aguardando autorização institucional para o seu início, da Direcção de Enfermagem. Fica a sugestão desta consulta ser replicada nas outras USSC, bem como ser estendida ao Apoio Domiciliário.

O conceito de parcerias é actual, responde às necessidades identificadas da ECD, no sentido de mobilizar recursos e articular-se de forma eficaz com os CS e as USSC – recursos comunitários de saúde. Fazendo todo o sentido, neste percurso desenvolvido, da comunidade para o hospital, ser explorado no sentido da intervenção em Enfermagem Comunitária.

Na prestação directa de cuidados aos utentes, no PSAI da SCML e na ECD do CHLC, EPE, evidenciaram-se competências relacionais e de comunicação no respeito pelo outro e pela sua capacidade participar nas decisões que envolvem a sua vida. Além de um sentido de responsabilidade profissional e visão crítica dos contextos e necessidades.

Como sugestões de mudança para o futuro inclui-se (além das sugestões efectuadas ao longo deste trabalho) a contínua alimentação das bases de dados criadas na USSCC, e informatização do registo das validades dos materiais bem como dos registos da Consulta de Enfermagem. Para, deste modo, facilitar um melhor conhecimento da população e das situações, e conseqüentemente uma intervenção mais efectiva junto da mesma; um melhor controlo das validades do material prevenindo o desperdício e promovendo a redistribuição atempada dos materiais onde estes são precisos.

Com os dados recolhidos sobre a população do PSAI, dada a relevância de pessoas com o diagnóstico de HTA encontradas sugere-se a criação de uma Consulta de Enfermagem dirigida à pessoa com hipertensão arterial (doenças cardiovasculares) e família, que poderá ser igualmente replicada nas outras USSC, tal como sugerido para a Consulta de Enfermagem à pessoa com diabetes e família.

Na ECD do CHLC, EPE, fica a sugestão de estender a parceria a todos os CS e a todas as USSC, da sua área de abrangência; bem como a criação de uma folha de articulação com o Serviço de Urgência do hospital de forma a ultrapassar as dificuldades sentidas de perda de informação acerca do doente, família e contexto social e agilizar respostas adequadas a cada situação particular.

De acordo com as etapas do processo de planeamento em saúde (Imperatori e Giraldes, 1982), pretende-se realizar nesta última parte do relatório a avaliação do trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

Importa referir alguns aspectos mais relevantes da aprendizagem ao longo do estágio:

- ✓ a introdução de um projecto extra na área da gestão de materiais, e apesar do esforço acrescido que exigiu, constituiu-se como uma clara mais valia de aprendizagem numa área em que não existia experiência profissional anterior;
- ✓ a oportunidade de prestação de cuidados num contexto domiciliário, que se revelou enriquecedor para o desenvolvimento pessoal e profissional, e diferente da experiência profissional anterior;
- ✓ a abordagem de temáticas e situações de grande complexidade como a pessoa com diabetes e a articulação da assistência domiciliária na fase pós alta, com desenvolvimento de competências e capacidades no âmbito da enfermagem e dos CSP.
- ✓ a utilização do portfólio que se constituiu como um instrumento importante no desenvolver dos projectos, e essencial na elaboração deste relatório.

Numa apreciação global do trabalho desenvolvido, podem-se destacar os objectivos alcançados tanto a nível de cada um dos módulos de estágio, como em cada um dos projectos

– salvo as condicionantes que, na generalidade, limitaram a sua operacionalização por contingências de tempo que se prendem com a duração do estágio e as decisões institucionais (acima referidas). Apesar das limitações encontradas, julgo ter-se conseguido a construção de uma metodologia de trabalho científico rigorosa, que permitiu criar respostas e desenvolver esforços no sentido de ultrapassar as necessidades identificadas em cada um dos locais de estágio, dando um contributo importante para a melhoria da qualidade, equidade e eficiência dos cuidados prestados.

Espero igualmente, ter-se conseguido responder às expectativas de todos os que contribuíram e apoiaram os projectos desenvolvidos, em particular, as pessoas a quem os mesmos se dirigem.

Destaco o desenvolvimento pessoal ao longo do curso e do estágio, para além do desenvolvimento profissional e zelo pelos Cuidados de Enfermagem, tendo em conta a responsabilidade profissional de integrar uma estratégia de cooperação interpessoal, interprofissional e interinstitucional.

Termino então este trabalho, com o sentimento de dever cumprido por ora, mas ciente da responsabilidade de como futura enfermeira especialista continuar a caminhada profissional, no sentido de melhorar a oferta de Cuidados de Enfermagem para as pessoas, famílias e comunidades.

6. Referências Bibliográficas

- *A construção das práticas em enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário.* **Cosme, Alexandra. 2008.** Janeiro/Abril de 2008, Sísifo - Revista de Ciências de Educação, Vol. N.º 5. ISSN: 1646-4990.
- *A gestão de stocks nas unidades de saúde.* **Araújo, Aurora, et al. 2002.** Porto : Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Abril de 2002, Enfermagem Oncológica, Vols. Ano 6, N.º 22, pp. (13-16). ISSN: 0873-5689.
- *A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma revisão da literatura.* **Petronilho, Fernando A. S. 2010.** s.l. : Ed. Sinais Vitais, Fevereiro de 2010, Revista Investigação em Enfermagem, Vol. N.º 21.
- **Azevedo, Carlos A. M. e Azevedo, Ana G. 2008.** *Metodologia Científica - Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos.* 9ª Edição. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2008. ISBN: 978-972-54-0212-2.
- **Caldeira, Jorge e colaboradores. 2008.** *Tópicos sobre Diabetes.* [ed.] Clínica de Diabetes e Nutrição - Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo. 12.ª edição. Lisboa : Hospital de Santa Maria, 2008.
- *Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado.* **Petronilho, Fernando A. S., et al. 2010.** Janeiro de 2010, Sinais vitais, Vol. N.º 88, pp. (41-47). ISSN: 0872-8844.
- *Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes.* **Otero, Liudmila M., Zanetti, Maria Lúcia e Ogrizio, Michele D. 2008.** Março/Abril de 2008, Revista Latino-americana de Enfermagem, Vol. 16 (2).
- **Conselho Internacional de Enfermeiros. 2010.** Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. [ed.] Ordem dos Enfermeiros. Abril de 2010. ISBN:978-989-96021-9-9.
- *Contributo da consulta de enfermagem na educação do idoso diabético.* **Andrade, Fernanda M. M. e Pereira, Luis C. F.** Nursing, pp. (10-13).

- *Cuidados Domiciliários Uma modalidade de intervenção.* **Resende, Marta A. P. 2006.** Dezembro de 2006, Nursing Ano 16 n.º 216, pp. 7-10. ISSN: 0871-6196.
- **Direcção Geral de Saúde. 2000.** Circular Normativa: Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus. CN: N.º14/DGCG. s.l. : Ministério da Saúde, 12 de Dezembro de 2000.
- **Direcção Geral de Saúde. 2010.** Circular Normativa: Pé diabético - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Nº: 05/PNPCD. s.l. : Ministério da Saúde, 22 de Março de 2010.
- **Duarte, Rui e colaboradores. 2002.** *Diabetologia Clínica.* [ed.] Lidel. 3.ª edição. 2002. ISBN: 972-757-162-X.
- *Effect of Nurse-Directed Diabetes Care in a Minority Population.* **Davidson, Mayer B. 2003.** Agosto de 2003, Diabetes Care, Vols. Volume 26, Number 8, pp. (2281-2287).
- *Em torno da adesão aos protocolos terapêuticos.* **Carmareiro, Ana Paula F. 2002.** Novembro de 2002, Revista Referência, Vol. N.º 9, pp. (25-30).
- *Empowerment and Self-Management of Diabetes.* **Funnell, Martha M. e Anderson, Robert M. 2004.** 2004, Clinical Diabetes, Vols. Volume 22, Number 3, pp. (123-127).
- **European Society of Cardiology and of the European Association for the Study of Diabetes. 2007 .** Guidelines on Diabetes, pré-diabetes and cardiovascular diseases. *The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases.* Janeiro de 2007 . pp. 88-136.
- **Fortin, Marie-Fabienne, Côte, José e Fillion, Françoise. 2009.** *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures : Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- *Gestão de Stocks Clínicos na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirurgica .* **Carvalho, Telmo, Esteves, Henrique e Lima, Pedro. 2008.** Lisboa : Hospital Pulido Valente, EPE, Janeiro/Março de 2008, Boletim do Hospital Pulido Valente, Vol. Vol. XXI N.º 1, pp. (25-32). ISSN: 0870-8363.
- **Gomes, Idalina D., et al. 2007.** *Parceria e Cuidado de Enfermagem - Uma Questão de Cidadania .* Coimbra : Formasau, 2007. ISBN:978-972-8485-86-3.
- **Gomes, Vitor, et al. 2009.** *Plano de Acção 2009 - Equipa de Cuidados Continuados .* Lisboa : CHLC, EPE - Área de Continuidade de Cuidados de Saúde, 2009.

- **Hoff, Lee Ann. 2001.** *People in crisis - clinical and public health perspectives.* [ed.] PBPrinting. Fifth Edition. s.l. : Jossey Bass, 2001. ISSN: 0-7879-5421-7.
- **Imperatori, Emilio e Giraldez, Maria. 1982.** *Metodologia do Planeamento em Saúde.* Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1982. ISBN.
- *Incerteza na doença e motivação para o tratamento.* **Apóstolo, João L., et al. 2007.** Julho/Agosto de 2007, Revista Latino Americana de Enfermagem.
- **Internacional Diabetes Federation - Clinical Guidelines Task Force. 2005.** *Global Guideline for Type 2 Diabetes .* Brussels : s.n., 2005. ISBN: 2-930229-43-9.
- **International Council of Nurses. 2009.** ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist. Geneve : s.n., 2009. ISBN: 978-92-95065-55-0.
- **José Manuel Pestana Boavida (Coordenador do PNPCD). Abril de 2010.** *Relatório de Execução do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2008/2009.* Lisboa : Direcção Geral da Saúde - Ministério da Saúde, Abril de 2010.
- **Lambert, Susan. 2011.** Parcerias e cuidados na comunidade. [autor do livro] Hannah Cooke e Susan Philpin. *Sociologia em Enfermagem e Cuidados de Saúde.* Edição Portuguesa. Loures : Lusociência, 2011, 10, pp. (145-158).
- **Lopes dos Reis, R. 2005.** *Manual da Gestão de Stocks- Teoria e Prática. 2.ª Edição.* Lisboa : Editorial Presença, 2005. ISBN: 978-972-23-3307-8.
- **Missão para os Cuidados de Saúde Primários. 2006.** Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa : s.n., Janeiro de 2006.
- **Neves, Maria do Ceú P. e Pacheco, Susana. 2004.** *Para uma Ética da Enfermagem - Desafios.* Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN: 972-603-326-8.
- **Nunes, José S. 2010.** *Diabetes - uma abordagem global.* [ed.] Euromédice edições médicas. Miraflores : Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus - Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2010. ISBN: 978-972-8749-2.
- *O Enfermeiro e a Gestão de Stocks nos Serviços.* **Gonçalves, António e Fernandes, Jorge. 2006.** Gestão de Stocks, Amadora : Instituto de Formação em Enfermagem, Julho/ Agosto/Setembro de 2006, Revista Portuguesa de Enfermagem, Vol. N.º 7 , pp. 57-61. ISSN: 0873-1586.

- *O papel e importância da "Educação Terapêutica" no Tratamento do Doente Crónico.* **Correia, Luis G. 2008.** Amadora : s.n., Janeiro/Março de 2008, Revista Portuguesa de Enfermagem, pp. 7-9. ISSN: 0873-1586.
- **Ordem dos Enfermeiros. Dezembro 2009.** *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem.* s.l. : Conselho de Enfermagem, Dezembro 2009.
- **Ordem dos Enfermeiros-. 2001.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa : Conselho de Enfermagem, 2001.
- *Organização e Gestão de stocks em Enfermagem.* **Vicente, Dulce Manuela, Henriques, Carlos José e Pinto, Maria do Rosário. 2001.** Janeiro de 2001, Revista Sinais Vitais, Vol. N.º 34, pp. (45-48).
- *Parceria: circunscrevendo um conceito que nos é próximo.* **Diniz, Rogério P. 2005.** Julho/Setembro de 2005, Revista Portuguesa de Enfermagem, Vol. N.º 3. ISSN: 0873-1586.
- *Parcerias Comunitárias e intervenção preventiva.* **Ornelas, José H. e Moniz, Maria João V. 2007.** Lisboa : s.n., 2007, Rev. Análise Psicológica, Vol. 1 Vol. XXV , pp. (153-158).
- *Patient Empowerment and Health Care Reform.* **World Health Organization. 2000.** Munich - Germany : Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery, 2000.
- **Petronilho, Fernando A. S. 2007.** *Preparação do regresso a casa.* Coimbra : Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-91-7.
- **Phipps, Wilma J., Sands, Judith K. e Marek, Jane F. 2003.** *Enfermagem Médico-cirúrgica - conceitos e prática clínica.* 6.ª edição. Loures : Lusociência, 2003. pp. (655-1346). Vol. II. ISBN: 972-8383-65-7.
- *Reflexão e síntese acerca do Modelo de Autocuidado de Orem.* **Dupas, Giselle, et al. 1994.** São Paulo : s.n., Janeiro/Março de 1994, Acta Paulista de Enfermagem, Vols. Vol. 7, N.º 1, pp. 19-26. ISSN: 0103-2100.
- *Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico.* **Sousa, Maria Rui, Peixoto, Maria José e Martins, Teresa.** Revista Referência.

- **Saúde, Direcção Geral da. 2009.** Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal. *PREVADIAB*. 2009.
- **Saúde, Direcção Geral de. 2008.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa : Ministério da Saúde, 2008. ISBN: 978-972-675-180-9.
- **Tavares, António. 1990.** *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa : Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1990.
- **Teixeira, Pedro J., et al. 2011.** Obesity. [ed.] John Saxton. *Exercise and chronic disease - an evidence-based approach*. s.l. : Routledge, 2011, 15, pp. 297-321.
- **Teixeira, Pedro J., et al. 2011.** Obesity. [ed.] John M. Saxton. *Exercise and chronic disease - an evidence-based approach*. s.l. : Routledge, 2011, 15, pp. (291-321).
- **The Task Force on Diabetes and cardiovascular diseases of the ESC and of the EASD. 2007.** *Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and Cardiovascular diseases*. s.l. : European Society of Cardiology, 2007.
- **Tomey, Ann M. e Alligood, Martha R. 2004.** *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.^a Edição. Loures : Lusociência, 2004. ISBN:972-8383-74-6.
- **Tronchin, Daisy (et al.). 2005.** *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005. p. 198 . ISBN: 85-277-1029-3.

Referências legais:

- CARREIRA DE ENFERMAGEM - Aprovada por Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro de 1991.
- CARREIRA DE ENFERMAGEM - Aprovada por Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro de 2009.
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE) - Aprovado por Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro de 1996.
- GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – Aprovada por Decreto-Lei n.º 188/2003. D.R. I Série A 191 (03-08-20) 5212-5230.
- REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006.

- CRIAÇÃO DO CHLC, EPE- Aprovado por Decreto-Lei n.º 5 A/2007 de 28 de Fevereiro de 2007.
- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA - Aprovado em D.R. II série N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 o Regulamento n.º 122/2011(8648-8653).
- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA - Aprovado em D.R. II série N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 o Regulamento n.º 128/2011(8667-8669).

7. Anexos

ANEXO 1 – Cronogramas dos Projectos de estágio

CRONOGRAMA MÓDULO I E II – PROJECTO DE GESTÃO DE MATERIAIS DA USSCC

Actividades	Abril	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa Bibliográfica 						
<ul style="list-style-type: none"> • Recolha de dados (observação armazenamento e controlo de validades) 						
<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com Enfermeiros e EC. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de inventário de produtos que podem, ser requisitados ao Armazém e Farmácia. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Análise documental dos pedidos de material ao Armazém e Farmácia por um período de 6 Meses. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Definição de níveis de stock dos artigos e previsão dos consumos/materiais necessários para a USSCC. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Criação de instrumentos de registo em papel e informáticos. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento, desenvolvimento e avaliação de acção de formação a enfermeiros. 						

CRONOGRAMA MÓDULO I E II – PROJECTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Actividades	Abril	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro
<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa Bibliográfica 						
<ul style="list-style-type: none"> • Recolha de dados – Diagnóstico de situação 						
<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com Enfermeiros e EC. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de criação de base de dados da população diabética e hipertensa do PSAI. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pré-consultas e consultas de Enfermagem no contexto do PSAI da USSCC, de acordo com a sua organização. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de instrumentos de colheita de dados e registo específicos 						
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um Manual/Guia para a CE à pessoa com Diabetes. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento, desenvolvimento e avaliação de acção de formação a enfermeiros – Apresentação do Projecto 						

CRONOGRAMA DO MÓDULO III DO ESTÁGIO

Projecto: A Transição Hospital-Domicílio, Parcerias (entre o hospital, o doente/família e os recursos na comunidade).

Actividades	Novembro 2010		Dezembro 2010		Janeiro 2011	
<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa Bibliográfica e recolha de dados.						
<ul style="list-style-type: none">• Realização de visitas domiciliárias.						
<ul style="list-style-type: none">• Reuniões com enfermeiros e Enf.º Responsável ECC.						
<ul style="list-style-type: none">• Elaboração do Projecto de Intervenção..						

ANEXO 2 – Revisão Bibliográfica sobre Gestão de Materiais

1 – Gestão de Materiais

O gasto com os recursos materiais representa uma parcela importante do orçamento das organizações. Assim como, a sua gestão consome tempo aos técnicos e recursos financeiros – estudo realizado por CASTILHO et al. 2001⁴. Deste modo, o objectivo da gestão de materiais (idêntico em todos o tipo de organizações) será disponibilizar os recursos necessários à produção com qualidade, na quantidade e tempo certos e ao menor custo (NETO e FILHO, 1998⁵).

No caso específico das instituições de saúde, sendo o seu alvo a prestação de cuidados de saúde, não podem sofrer falhas ou interrupções devido a falta de material necessário ou a qualidade insuficiente do mesmo.

A gestão ou administração de materiais envolve os fluxos de materiais desde a programação, compra, recepção, armazenamento (aprovisionamento) e a sua movimentação incluindo o transporte interno. Sendo o conceito de logística, afecto ao armazenamento nos serviços/unidades produtivas (de prestação de cuidados), à criação/gestão de stocks e distribuição externa até ao cliente – não incluindo a programação e as compras (CHIAVENATO, 1991).

Segundo alguns autores mais recentes (ROSA et al., 2001⁶) o termo administração ou gestão de materiais é usado de uma forma mais ampla envolvendo todo o processo desde o planeamento, implementação e controlo de fluxo de materiais, stocks, produtos (semi-acabados e acabados), desde a origem até ao consumo para responder a necessidades de saúde do utente.

Considera-se que materiais são produtos que podem ser armazenados, distribuídos e consumidos para a produção de serviços. Sendo a gestão ou administração de recursos materiais como a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização de saúde, como um processo de programação que engloba:

- Padronização - indispensável classificação, devido à variedade de produtos com a mesma indicação e finalidade, permitindo a redução de itens, controlo e desperdício;
- Especificação - descrição do material e suas características, de forma a fazer a ligação entre as áreas técnica e administrativa (uniformização da linguagem);
- Previsão - determina as quantidades a serem requisitadas de acordo com o perfil de consumo de cada unidade.

Este processo de programação deve preceder a compra, seguindo-se a recepção, armazenamento, distribuição e controle (etapas de gestão da cadeia logística) – de adequação

⁴ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 158)

⁵ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 158)

⁶ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 159)

e ajuste às necessidades que podem variar e de acordo com critérios de qualidade e quantidade.

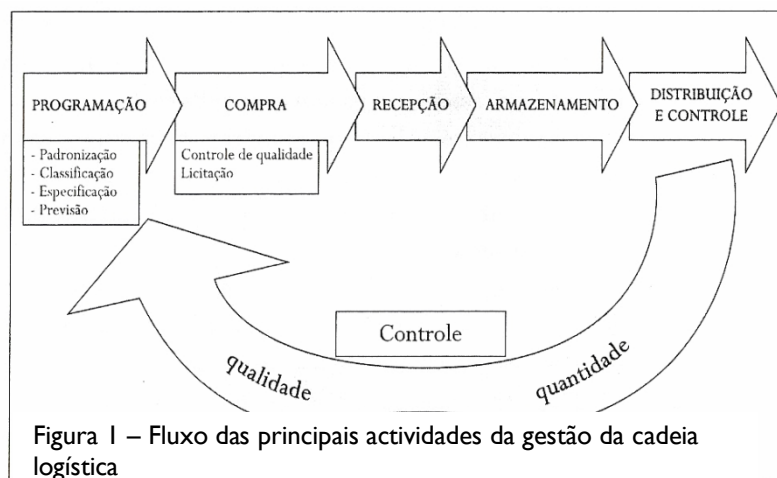


Figura 1 – Fluxo das principais actividades da gestão da cadeia logística

Fonte: CASTILHO e GONÇALVES, 2005 – in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 159).

Segundo os autores⁷, os responsáveis pela gestão de recursos materiais dentro das instituições de saúde, inserem-se na área administrativa da estrutura organizacional, sector de compras e aprovisionamento, onde o pessoal geralmente não é da área da saúde. Mas, devido à complexidade e diversidade dos materiais utilizados, torna-se indispensável a participação de vários intervenientes no processo de gestão de materiais, nomeadamente a enfermagem, a farmácia, o laboratório, o aprovisionamento, entre outras, como assessores da área administrativa nos aspectos técnicos e contextualizações locais específicas.

Devido ao contexto em que se inserem os enfermeiros, nomeadamente os especialistas - uma unidade ou serviço de saúde (produtivo), de prestação de cuidados, vou debruçar-me sobre a gestão de stocks e sua distribuição e controle.

1.1 – Gestão de stocks

A gestão de stocks inclui: o controlo ou gestão administrativa e contabilística dos stocks (inventário permanente); a gestão física dos materiais (localização e armazém) que procura uma movimentação fácil, segura e económica; e a gestão económica (REIS, 2008, p. 21). A gestão económica define-se como um conjunto de operações que permitem, após conhecer a evolução dos stocks, fazer previsões e tomar decisões acerca das encomendas de materiais. Assegurando a qualidade do serviço, sem nunca esquecer o controlo do seu custo ao mínimo.

Stock pode ser definido como: “o conjunto de unidades de cada artigo que constitui determinada reserva, aguardando satisfazer uma futura necessidade de consumo”- (REIS,

⁷ CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 159)

2008, p. 23). Em gestão de stocks, o consumo refere-se à saída de unidades de um artigo do armazém (ou à sua utilização final).

Em primeiro lugar devem identificar-se os artigos existentes em stock, através de um conjunto de termos que definem com precisão os artigos utilizados, que devem ser registados e ordenados segundo critérios adequados. Esta identificação (ou nomenclatura) inclui a designação do produto associado a um código (numérico ou alfanumérico), e deve ser desenvolvida do geral para o particular/do global para o específico.

A função do stock, e sua principal vantagem, consiste em constituir uma reserva que permite ter material disponível para uso entre o seu local de consumo e o fornecimento. É útil porque previne a escassez, e as falhas que poderão ocorrer nos diferentes ritmos de necessidades de compra e de produção, nas várias fases de produção e de consumo.

A nível central das organizações é vantajoso, porque permite planear as compras de forma a conseguir um melhor preço nos fornecedores, nomeadamente através da especulação de oportunidades de mercado (comprando em grande quantidade com consequentes reduções de preço) e evitando as compras frequentes e em pequenas quantidades.

Apesar das suas vantagens, torna-se necessário referir que a constituição e existência de stocks têm custos associados que incluem os custos de compra/aquisição, realização da encomenda e armazenagem – que no seu conjunto se traduzem no custo total de aprovisionamento. Tendo em conta que, o stock representa capital investido e imobilizado com efeitos sobre liquidez e rentabilidade (Sá, 2004)⁸.

Os stocks podem ser classificados em (Reis, 2008, p. 25):

Stock normal – conjunto de todos os artigos consumidos independentemente do seu consumo;
Stock de segurança (ou protecção) – parte do stock global destinado a prevenir rupturas de material que poderão ser causadas por aumentos bruscos de consumo inesperado, aumento do prazo de entrega em relação ao previsto, deterioração, roubo, e outros imprevistos;
Stock afectado – parte do stock global que se encontra destinado a fins específicos (exemplo: produto que está a escassear e é fundamental para determinada área poderá ser reservado uma parte do stock normal que se retira fisicamente do armazém)
Stock global – totalidade de determinado artigo num determinado momento, ou seja, a soma do stock normal, de segurança e afectado para cada artigo.

Pode ainda ser definido, segundo o mesmo autor: o valor máximo do stock normal em determinado período de tempo - stock máximo; o valor mínimo atingido pelo stock normal em determinado período de tempo - stock mínimo, útil quando se pretende garantir a existência de uma quantidade mínima de determinado artigo/produto; o valor médio das existências em

⁸ Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 58)

determinado período de tempo – stock médio; o n.º de artigos que entram em armazém por um período de tempo muito limitado – stock em trânsito; e o n.º de artigos que são devolvidos ao armazém, por não se encontrarem em boas condições, por exemplo e entretanto tornados aptos a utilização – stock de recuperados.

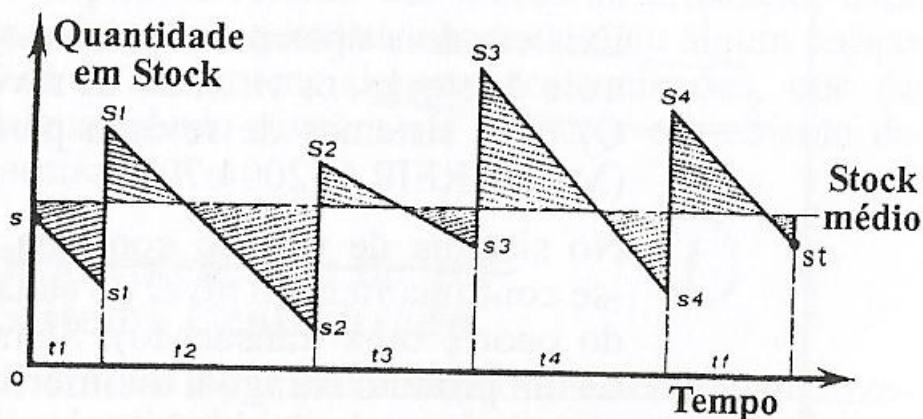


Figura 2 – Gráfico de evolução dos Stocks – em “dentes de serra”
Fonte: ZEMATI, Pierre (1996) – in “A gestão de stocks”(Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 58)

2. – Gestão de Materiais em Enfermagem

As actividades realizadas pelos enfermeiros devem ser entendidas não apenas como fruto do progresso técnico-científico mas, como intervenções que reflectem uma concepção do processo saúde-doença assim como a dinâmica social e de organização dos serviços.

Segundo GOMES et al. (1997,citado por FELLI, 2005)⁹, o trabalho de enfermagem desenvolveu-se em 3 sentidos: organizar o cuidado ao doente (técnicas de enfermagem), organizar o ambiente terapêutico (ar, limpeza, higiene, luz, materiais e outros) e organizar os enfermeiros.

De acordo com SILVA (1996, citado por FELLI, 2005)¹⁰ o processo de trabalho de enfermagem subdivide-se em rede e inclui (sub-processos) o cuidar ou assistir, o administrar ou gerir e o pesquisar e ensinar.

A gestão, enquanto processo de trabalho em enfermagem baseia-se em 2 grandes modelos¹¹¹². O primeiro com foco no indivíduo e nas organizações e fundamentado pela Teoria

⁹ FELLI e PEDUZZI, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 4)

¹⁰ FELLI e PEDUZZI, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 6)

¹¹ FELLI E PEDUZZI, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 7)

Geral da Administração, pretende através do planeamento, organização, direcção e controle de toda a organização, atingir os objectivos propostos – modelo racional. É centrado na organização, visa a produção em massa e baseia-se em teorias do início do séc. XX (Taylor, Fayol e Ford). Responde a necessidades de estabilidade, crescimento contínuo e previsibilidade. O segundo modelo, centra-se na abordagem das práticas sociais e a sua historicidade – modelo histórico-social. A gestão não está apenas voltada para a organização e controlo dos processos de trabalho, incluindo a preocupação com a satisfação das necessidades de saúde da população, a democratização das instituições e a ampliação da autonomia dos usuários e trabalhadores. É um modelo em que a partir das perspectivas das práticas em saúde, procura responder às contradições e tensões presentes nos serviços.

A gestão na prática de enfermagem está orientado para uma finalidade de organizar o trabalho, bem como de forma indirecta desenvolver condições para a realização do “cuidar” individual e colectivo. Sendo o seu objecto a organização da assistência e a educação continuada dos trabalhadores, através (meios e instrumentos) da força de trabalho, materiais, modelos e métodos administrativos (CASTELLANOS et al., 1989)¹³.

Segundo ALMEIDA et al. (1994)¹⁴, a gestão em saúde tem um papel fundamental baseado na forma fazer saúde de acordo com a necessidade de saúde, considerando quatro dimensões:

- Dimensão técnica – engloba os aspectos gerais e instrumentais, como o planeamento, a coordenação, a supervisão, o controle e a avaliação (incluindo os recursos humanos, materiais e físicos);
- Dimensão política – articula a gestão com o projecto a desenvolver, estando presentes determinações de carácter político-ideológicas e económicas, bem como, determinações das organizações de saúde (diferentes tipos de poderes técnico, administrativo e político) e dos usuários dos serviços de saúde;
- Dimensão comunicativa – carácter de negociação presente nas relações de trabalho na equipa de saúde e nas relações da unidade com a comunidade;
- Dimensão de desenvolvimento da cidadania – na perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais envolvidos, tanto profissionais como os clientes dos serviços de saúde.

Deste modo, a gestão em enfermagem pode ser orientada de acordo com a organização ou as necessidades de saúde de forma distinta, com importância determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população. Mas a escolha acerca da sua orientação é condicionada por factores históricos, políticas sociais e de saúde, modelos assistenciais, condições de trabalho, entre outros.

¹³ Citado por FELLI e PEDUZZI, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 10)

¹⁴ Citado por FELLI e PEDUZZI, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 11)

2.1 – Papel do Enfermeiro

Como gestor das unidades de saúde e coordenador da assistência em enfermagem, assume como seu o papel de determinação do material necessário à consecução dos cuidados de enfermagem e de saúde, bem como as suas especificações técnicas, aspectos qualitativos e quantitativos.

O enfermeiro deve saber o perfil de consumos de materiais da sua unidade, incluindo material de consumo, medicamentos/fármacos e esterilizados (enviado e recebido da central de esterilização) e envolver-se no processo de compra, controle e avaliação com a finalidade de garantir a qualidade e eficácia dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro deve: promover estratégias de sensibilização dos outros profissionais (enfermeiros e outros) em relação ao uso racional/optimização de recursos (SILVA et al., 1990)¹⁵; manter-se actualizado em relação a novos produtos e técnicas terapêuticas que exijam novos materiais.

Está definido desde 1991, na Legislação Portuguesa (Carreira de Enfermagem, Área de actuação da gestão), o papel dos enfermeiros que desempenham funções de gestão nos serviços ou unidades de saúde (Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 437/91):

- “ - h) Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- i) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- j) Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;
- l) Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem.”

No Decreto-Lei n.º 188/2003 é reconhecida como função da enfermagem a responsabilidade na “utilização optimizada dos recursos, com especial relevo para o controlo dos consumos”.

É indiscutível o papel do enfermeiro, que ao assumir a gestão das unidades de saúde onde se inclui a gestão dos materiais, como uma conquista na esfera da tomada de decisão ao nível técnico-administrativo inerente ao processo de cuidar e gerir.

2.2 – Métodos ou sistemas de Gestão e Distribuição de Materiais

De acordo com Gonçalves e Fernandes (2006), existem 2 principais tipos de sistemas de controlo de stocks: o de revisão contínua e o de revisão periódica.

¹⁵ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 169)

No primeiro há uma verificação constante do stock, cada vez que ocorre uma transacção, sendo realizada a encomenda sempre que se verifica nível de stock inferior ao estipulado como ponto de encomenda, de forma a repor o nível e assegurar que não haja rupturas. Segundo MADUREIRA (2004)¹⁶, é o “sistema de duplo lote” ou “método das duas caixas”. De acordo com REIS e PAULINO (1994)¹⁷ – consiste na existência de 2 lotes ou caixas, em que um está a uso e quando este acaba e se inicia o uso da segunda caixa (de reserva) é encomendado novo lote ou caixa que vai constituir a próxima reserva.

No segundo, ou sistema de revisão periódica, o nível de cada artigo/produto é verificado em períodos de tempo fixos – a que se chama período de revisão. Se a quantidade existente é inferior ou igual ao nível definido como mínimo é realizada a encomenda de modo a atingir o nível máximo definido – Madureira (2004)¹⁸.

De acordo com o mesmo autor, os sistemas de revisão contínua permitem um controlo mais rigoroso do stock, evitam rupturas pela realização de encomendas na data adequada. Por outro lado, os sistemas de revisão periódica permitem fazer uma encomenda em maior nº e tipo de artigos em conjunto – reduzindo custo quando o fornecedor é o mesmo para vários artigos.

Segundo ARAÚJO et al. (2002) existem diferentes métodos de reposição de materiais identificáveis:

- Método tradicional – preenchimento de uma requisição enviada ao Aprovisionamento, de forma a obter material para um determinado período de tempo;
- Método por atribuição de Verba – a cada unidade ou serviço, sendo o montante gerido pelo Enfermeiro responsável que usa um cartão que lhe permite adquirir material directamente no Aprovisionamento;
- Método de reposição automática – que visa a reposição automática de níveis de stock nos serviços directamente pelo Aprovisionamento. Este método inclui:
 - o sistema de níveis de reposição - que se caracteriza pela definição de locais determinados para o armazenamento do material, e definição de níveis de acordo com o perfil de consumo e frequência da reposição;
 - o sistema de troca de carros - idêntico ao anterior, mas em que o carro existe em duplicado, no serviço e no Aprovisionamento, e serve como local de armazenamento do material, havendo uma substituição do carro reposto no serviço de Aprovisionamento pelo usado e com material em falta do serviço; e

¹⁶ Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 59)

¹⁷ Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 59)

¹⁸ Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 59)

- o sistema informatizado - que consiste na informatização com leitura óptica de códigos de barras na reposição por níveis.

De acordo com CARROÇO (1988)¹⁹, no Sistema Tradicional é da competência do Enf.º Chefe gerir os stocks do serviço, preencher as requisições a enviar ao Aprovisionamento (ou armazém), receber e arrumar o material nas arrecadações do serviço – sendo muitas vezes o pessoal do serviço que efectua o transporte desde o armazém. O que torna difícil o controlo rigoroso dos consumos/gastos, nomeadamente a nível central do Aprovisionamento.

MADEIRA (1990)²⁰ aponta como desvantagens deste sistema: a possível ruptura de stocks; o aumento desproporcionado de alguns artigos nos serviços (desajustados do consumo real); a dispersão de materiais por diversos locais, sem controlo central; e a deterioração de materiais por falta de condições de armazenamento. O que resulta em montantes elevados de capital imobilizado, utilização de maior espaço em armazém, consumo de tempo dos enfermeiros com tarefas não relacionadas com a prestação de cuidados.

Torna-se então clara a necessidade de adoptar um sistema de controlo central ao nível do Serviço de Aprovisionamento – tendência actual defendida pelos autores. Segundo WOODHEAD (1999)²¹, o objectivo é o fornecimento de materiais pelo serviço de Aprovisionamento com a supervisão do pessoal dos serviços – mantendo o Enf.º chefe (gestor) participação nas decisões da gestão, tendo em vista a adequação aos consumos, a qualidade dos artigos fornecidos e o seu uso adequado.

As vantagens da centralização do controlo de stocks incluem (GONÇALVES e FERNANDES (2006, p. 59): centralização da responsabilidade da gestão de stocks no serviço de Aprovisionamento; controlo mais rigoroso dos materiais, níveis de stocks e padrões de consumo; reduz o impacto das flutuações no consumo e possíveis rupturas de stock; redução dos stocks em armazém e nos serviços e conseqüentemente do capital imobilizado; maior disponibilidade dos enfermeiros para o *core business* da profissão – a prestação de cuidados de enfermagem.

2.3 – Previsão dos Materiais necessários

A previsão de materiais, ou seja a quantidade a ser requisitada pelas unidades, é determinada pelo perfil de consumo de cada unidade, estabelecendo uma quota de materiais

¹⁹ Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 59)

²⁰ Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 59)

²¹ Citado por GONÇALVES e FERNANDES, 2006 – in Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Jun/Ago 2006 (p. 60)

que representa uma estimativa de gastos por um determinado período (CASTILHO e LEITE, 1991)²².

A estimativa depende do consumo mensal das unidades é calculada com base na média aritmética do consumo: **QM= CMM+SS**, em que a quota mensal (QM) decorre do consumo médio mensal (CMM) somado com o stock de segurança (SS). Sendo o CMM a média dos valores do material utilizado nos últimos meses, dividida pelo número de meses.

A quota mensal baseada na média aritmética móvel é o método mais usado no meio hospitalar (TOSCAN, 1990)²³, pois permite prever o consumo para o próximo período, conforme o consumo médio do período anterior. Recomenda-se que seja, no mínimo de três meses até 12 meses (CASTILHO e LEITE, 1991; ROSA et al., 2001)²⁴ - **CMM= soma do consumo de 3 meses / 3 meses**. É recomendado que, para o cálculo do consumo a cada novo mês, se acrescente o valor do consumo mais recente, desprezando-se o mais antigo.

Existem outros métodos para calcular a previsão do consumo, tais como: consumo do último período, média móvel ponderada, média ponderada exponencial, mínimos quadrados (TOSCAN, 1990; CIAVENATO, 1991)²⁵.

O Stock de segurança (SS) ou stock mínimo, é a quantidade de cada item que deve ser mantida como reserva para garantir a continuidade do atendimento, caso haja elevação brusca no consumo ou atraso no suprimento (ROSA e tal. 2001)²⁶. Calcula-se de forma simples e empírica acrescentando à quota mensal 10 a 20% do CMM, somado ao consumo diário durante o tempo de reposição (CTR) - **SS = 10 a 20% do CMM + CTR**.

Para o cálculo do consumo diário durante o tempo de reposição (CTR), utiliza-se o CMM para encontrar o consumo diário que se multiplica pelo n.º de dias de espera para a reposição (N) - **CTR = CMM/30 x N**.

Devido ao custo de se manterem stocks elevados, além do consumo e do tempo de reabastecimento (desde a encomenda até receber o material), pode-se considerar a classificação do material obtido pela aplicação da curva ABC, desenvolvida por Pareto e adaptada à administração de materiais. Este processo permite aplicar o conceito de análise ABC, ou regra 80-20, que prevê que aproximadamente 20% dos materiais comprados representam cerca de 80% do valor financeiro gasto.

Para tal, classifica os materiais em classes A, B e C, de acordo com a percentagem dos custos que representam:

- Classe A – cerca de 50% dos custos;
- Classe B - 20 a 30% dos custos;

²² Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 161)

²³ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 161)

²³ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 161)

²³ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 162)

²³ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 162)

- Classe C – até 20% de custos.

Esta análise ABC tradicional, uma vez que não considera a importância dos materiais em relação à prestação dos cuidados, terá que ser usada com critério, ou seja, tendo em conta não só o custo isolado dos materiais mas também uma avaliação do impacto de sua falta na prática dos cuidados.

O stock de segurança deve ser calculado por item e por classe de acordo com as fórmulas (ROSA et al., 2001)²⁷: Classe A = CMM x 1/3 do TR; Classe B = CMM x 1/2 do TR; Classe C = CMM x TR – sendo TR o tempo de reposição em meses.

Deste modo, os itens de classe A devem ter stocks de segurança menores devido ao seu custo, havendo maior rotatividade – evitando imobilização de recursos.

Outra classificação para auxiliar a decisão é o critério de grau de imprescindibilidade XYZ (Vecina Neto e Reinhardt Filho; 1998) do material, ou seja, a sua falta pode levar a interrupções no atendimento ou colocar utentes ou profissionais em risco. Em que Z são imprescindíveis, não podem ser substituídos ou de difícil acesso no mercado; Y são de média criticidade, podendo ser substituídos por outros facilmente; X são de baixa criticidade, em que a sua falta não acarreta danos ou riscos e são fáceis de obter.

O ponto de requisição ou nível de reabastecimento é calculado com a seguinte fórmula: $PR = CM \times TR + ES$ - em que, o ponto de requisição (PR) é igual à média aritmética móvel (CM) multiplicada pelo tempo de reposição em meses (TR), somado com o stock de segurança (SS) – considerando a classificação por classe ABC (quando utilizada).

Nas instituições em que os pedidos de material têm uma resposta rápida e fácil, o stock de segurança poderá ser igual ao nível de reabastecimento, de acordo com a classificação ABC.

No caso de o prazo de resposta demorada aos pedidos de material, o nível de reabastecimento é determinado pelo stock máximo.

²⁷ Citado por CASTILHO e GONÇALVES, 2005 - in “Gerenciamento em Enfermagem” (p. 162)

ANEXO 3 – Inventário dos artigos requisitados ao Armazém e Farmácia – Gestão de materiais da USSC

INVENTÁRIO MATERIAL ARMAZÉM

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNID
1000002321	ADES. ANTI-ALÉRG. MICRO PERF.2,5cmx9,14m	ROLO
1000001567	ADES. ANTI-ALÉRG.MICRO PERF. 5CMX9.1M	ROLO
1000001671	ADESIVO ANTI-ALERG. SEDA ARTIF. 2,5CMX9,1M	ROLO
1000003217	ADESIVO COMUM 5CM X 5M	ROLO
1000001625	ADESIVO HIPOALÉRGICO IMPER. 5MX2,5CM	ROLO
1000003219	ADESIVO NAO TECIDO 10CM X 10M	ROLO
1000003220	ADESIVO NAO TECIDO 20CM X 10M	ROLO
1000003218	ADESIVO NAO TECIDO 5CM X 10M	ROLO
1000001628	AGULHAS DE DILUIÇÃO (Cx. = 100 u)	UNID
1000003010	AGULHAS HIPODERMICAS 16/5 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID
1000003009	AGULHAS HIPODERMICAS 25/6 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID
1000003008	AGULHAS HIPODERMICAS 25/9 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID
1000003007	AGULHAS HIPODERMICAS 40/8 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID
1000003006	AGULHAS HIPODERMICAS 40/9 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID
1000003011	AGULHAS HIPODERMICAS 50/8 «»21 G(Cx. = 100 u)	UNID
1000003092	ALGALIA FOLEY N 12 (Cx. =10 u)	UNID
1000003093	ALGALIA FOLEY N 14(Cx. =10 u)	UNID
1000003094	ALGALIA FOLEY N 16(Cx. =10 u)	UNID
1000003095	ALGALIA FOLEY N 18(Cx. =10 u)	UNID
1000003096	ALGALIA FOLEY N 20(Cx. =10 u)	UNID
1000003097	ALGALIA FOLEY N 22(Cx. =10 u)	UNID
1000003099	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº 12"(Cx. =10 u)	UNID
1000003100	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº 14"(Cx. =10 u)	UNID
1000003101	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº16"(Cx. =10 u)	UNID
1000003102	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº18"(Cx. =10 u)	UNID
1000003103	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº20"(Cx. =10 u)	UNID
1000003104	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº22"(Cx. =10 u)	UNID
1000003105	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº24"(Cx. =10 u)	UNID
1000003114	ALGODAO HIDROFILO 80G	EMB
1000001570	AVENTAIS DISPOSABLE 125CMX80CM (Emb. =100u)	UNID
1000003142	BATAS DE VISITANTE DISPOSABLE (Emb.=10u)	UNID
1000003014	BISTURI DISPOSABLE EST. Nº 10 (Cx.= 10 u)	UNID
1000003019	BISTURIS DISP. EST. Nº 24 (Cx.= 10 u)	UNID
1000003015	BISTURIS DISP. EST. Nº 11 (Cx.= 10 u)	UNID
1000003018	BISTURIS DISPOS. EST. Nº 23(Cx.= 10 u)	UNID
1000003017	BISTURIS DISPOSABLE EST. Nº15 (Cx.= 10 u)	UNID
1000003278	CAMPOS CIRURGICOS EST. 38 X 45 CM (Cx. =100 u)	UNID
1000002985	CARTEIRAS CARTAO P/ CITOLOGIAS-2 LAMINA (GIN)	UNID
1000003021	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 16 G	UNID
1000003022	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 18 G	UNID
1000003023	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 20 G	UNID
1000003024	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 22 G	UNID

1000003025	CATETER INFUSAO PERIFERICA N° 24 G	UNID
1000003027	CLAMPS RAPIDOS P/ SONDAS / TUBOS	UNID
1000002323	COLECTORES BIOLÓGICOS 5 L	UNID
1000003226	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 15 X 20 CM	UNID
1000003224	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 7,5 X 7,5 Cx.= 200u (10ux20pac.)	UNID
1000003225	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 10 X 15 CM Cx.= 560u (10ux56pac.)	UNID
1000004009	COMPRESSAS GAZE N/ESTERILIZADAS 10X20CM(Emb. 200u)	UNID
1000003222	COMPRESSAS GAZE NAO ESTERILIZADA 10X15CM	UNID
1000003221	COMPRESSAS GAZE NAO ESTERILIZADA 7,5X7,5(Emb. 100u)	UNID
1000002343	CONTENTORES AGULHAS 1L	UNID
1000001581	CONTENTORES P/ AGULHAS 2.000ML	UNID
1000003846	CONTENTORES P/AGULHAS 0,25 L	UNID
1000002987	ESCOVAS CERVICAIS ESTERILIZADAS	UNID
1000003999	ESCOVAS CERVICAL N/ESTER. Cx. = 20sacos (25u)	UNID
1000002995	ESPATULAS DE MADEIRA-(Cx. = 100 u)	UNID
1000003269	ESPC. AURICULAR ADULTO 4 MM (Emb.=100 u)	UNID
1000002996	ESPEC.AURICULAR DISP. 2,5 MM PEDIATRICO (Emb.= 100 u)	UNID
1000002991	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T. MEDIO	UNID
1000002990	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T. PEQUENO	UNID
1000002992	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T.GRANDE	UNID
1000001643	FITA DE SUTURA ADESIVA ESTERILIZ. 13X102MM (1 Cart.= 5 u)	CART
1000001642	FITA DE SUTURA ADESIVA ESTERILIZ. 6,4X76MM (1 Cart. 3/4 /5 u)	CART
1000002325	FITA SUTURA ADESIVA EST. 4 X 76MM (1 Cart.= 5/3 u)	CART
1000002993	FIXADOR LAMINAS CITOLOGIA-SPRAY---250ML	EMB
1000004000	GEL P/AUSCULTAÇÃO FETAL 250 ML	FRS
1000001648	LÂMINAS CANTO FOSCO/CITOLÓGICAS GIN	UNID
1000003037	LANCETAS RECTRACTEIS DISPOSABLE (Cx. =100 u)	UNID
1000001635	LANCETAS RETRACTEIS DISPOSABLE C/CANETA	UNID
1000003120	LIGAD. ELAST. ALG. POLIAMIDA /10CM X 10M (Cx. = 12 u)	UNID
1000003119	LIGAD. ELAST. ALG. POLIAMIDA /10CM X 4M (Cx. = 20 u)	UNID
1000003847	LIGADURA FORTE CONTENÇÃO - ELASTICIDADE REDUZIDA 10CMX5M	UNID
1000003277	LIGADURAS COLA DE ZINCO 10CM X 5M(Cx. =10 u)	UNID
1000003118	LIGADURAS ELAST. ALG. POLIAMIDA 5CM X 4M (Cx. = 20 u)	UNID
1000003122	LIGADURAS ELAST. CREPE ---10CM X 4M(Cx. =10 u)	UNID
1000003123	LIGADURAS ELAST. CREPE ---15CM X 4M(Cx. =10 u)	UNID
1000003127	LIGADURAS P/PROTECCAO ESCARAS 10CMX 2,7M (Emb.= 6 u)	UNID
1000003128	LIGADURAS P/PROTECCAO ESCARAS 20CMX 2,7M (Emb.= 6 u)	UNID
1000003152	LUVAS DE NITRILO ---T. GRANDE(Cx. = 100 u)	UNID
1000003151	LUVAS DE NITRILO ---T. MEDIO(Cx. = 100 u)	UNID
1000003150	LUVAS DE NITRILO ---T. PEQUENO(Cx. = 100 u)	UNID
1000003236	LUVAS ESTERILIZADAS ---N°6,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID
1000003237	LUVAS ESTERILIZADAS ---N°6,5 (par) (Cx.= 50u)	UNID

1000003238	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº7,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID
1000003239	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº7,5 (par) (Cx.= 50u)	UNID
1000003240	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº8,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID
1000004001	LUVAS N/ESTERILIZADAS S/PÓ - T.EXTRA PEQ. (Cx. = 100 u)	UNID
1000003891	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. GRANDE (Cx. = 100 u)	UNID
1000003892	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. MEDIO (Cx. = 100 u)	UNID
1000003893	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PO - T. PEQUENO (Cx. = 100 u)	UNID
1000003146	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. EXTRA-PEQ(Cx. = 100 u)	UNID
1000003149	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. GRANDE(Cx. = 100 u)	UNID
1000003148	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. MEDIO(Cx. = 100 u)	UNID
1000003147	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. PEQUENO(Cx. = 100 u)	UNID
1000003153	LUVAS PALHACO NAO ESTERILIZADAS – (Emb. = 100 u)	UNID
1000003229	MALHA TUBULAR -----Nº 2 1,8cmX25m	ROLO
1000003230	MALHA TUBULAR -----Nº 3 2,1cmX25m	ROLO
1000003231	MALHA TUBULAR -----Nº 4 2,4cmX25m	ROLO
1000003232	MALHA TUBULAR -----Nº 5 2,7cmX25m	ROLO
1000003233	MALHA TUBULAR -----Nº 6 5,5cmX25m	ROLO
1000003154	MANAPULAS USO UNICO	UNID
1000003155	MASCARAS CIRURGICAS DISP. C/ATILHOS(Cx. = 50 u)	UNID
1000003138	PENSO ADES. C/INTERCAMBIO GASES--- 6 X 7	UNID
1000003139	PENSO ADES. C/INTERCAMBIO GASES--10 X 12	UNID
1000004007	PENSO N/ADESIVO HIDRÓF.POLI.ESTR.20X20CM (Cx. =5u)	UNID
1000003129	PENSOS ABSORV. CELULOSE ---10 X 20CM (Emb. = 25 u)	UNID
1000003130	PENSOS ABSORV. CELULOSE ---15 X 20CM (Emb. = 25 u)	UNID
1000003136	PENSOS ADESIVOS C/GRELHA MEDICAO-- 6 X 7	UNID
1000003137	PENSOS ADESIVOS C/GRELHA MEDICAO-10X12	UNID
1000003131	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST. --- 8 X 15	UNID
1000003271	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST. 10CM X 20	UNID
1000003133	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST.--- 10X 25C	UNID
1000002324	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST.7,2cm X 5cm	UNID
1000001627	PENSOS PLÁSTICOS AEROSSOL - BEM. 100ML	EMB
1000001640	PENSOS SIMPLES EXTRA PEQUENOS (P. Rápidos)	UNID
1000003135	PENSOS SIMPLES (P. Rápidos)	UNID
1000003040	PINCAS DISPOS ESTERILIZADAS (Cx. =10 ou 50 u)	UNID
1000002342	PLACAS P/PROTECÇÃO ESCARAS 17,5cmX17,5cm	UNID
1000001668	PLACAS P/PROTECÇÃO ESCARAS 20X20	UNID
1000003459	RESGUARDOS DESCARTAVEIS (cx:3x30=90)	UNID
1000003268	RESGUARDOS USO UNICO 60 X 80 CM(Cx. = 340u)	UNID
1000002073	ROLOS FIO SISAL	ROLO
1000002521/3590	ROLOS PAPEL MARQUESA NÃO PLASTIFICADOS	ROLO
1000002522/3591	ROLOS PAPEL MARQUESA PLASTIFICADOS	ROLO
1000003106	SACOS COLECTORES URINA 1500ML (c/ disp. saída)	UNID
1000003107	SACOS COLECTORES URINA 2000ML	UNID
1000003270	SACOS COLECTORES URINA P. PERNA 750 CC	UNID

1000003043	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 10ML (Cx. = 100 u)	UNID
1000003044	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 20ML(Cx. = 100 u)	UNID
1000003041	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 2ML (Cx. = 100 u)	UNID
1000003042	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 5ML (Cx. = 100 u)	UNID
1000003049	SERINGAS INSULINA C/AGULHA IML (Cx. = 100 u)	UNID
1000003047	SERINGAS INSULINA S/AGULHA -IML(Cx. = 100 u)	UNID
1000003050	SERINGAS PALIMENTACAO "50/60 ML"	UNID
1000004010	SET PENSOS ESTERILIZADOS (Cx. = 50u)	UNID
1000003054	SISTEMAS ADMINISTRACAO SOROS "SIMPLES"	UNID
1000003058	SONDAS DE ASPIRACAO ---N° 8	UNID
1000003059	SONDAS DE ASPIRACAO ---N°12	UNID
1000003071	SONDAS NASOGASTRICAS ---N20(Cx. =10 u)	UNID
1000003068	SONDAS NASO-GASTRICAS ---N°14(Cx. =10 u)	UNID
1000003069	SONDAS NASO-GASTRICAS ---N°16(Cx. =10 u)	UNID
1000003070	SONDAS NASO-GASTRICAS ---N°18(Cx. =10 u)	UNID
1000003993	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N° 14(Cx=10 u)	UNID
1000003901	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N°16(Cx=10 u)	UNID
1000003902	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N°18(Cx. =10u)	UNID
1000003903	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N°20	UNID
1000003085	SONDAS VESICAIS FEMALLE-SENHORA-N° 12 (Cx.= 100 u)	UNID
1000001641	SUORTE PLÁSTICO P/SACOS COLECT. URINA	UNID
1000003089	TAMPAS P/SONDAS NASOGASTRICAS	UNID
1000002999	TERMOMETROS DIGITAIS	UNID
1000001634	TIRA AGRAFES DISPOSABLE ESTERILIZADOS	UNID
1000001638	TOALHETES DESINFECTANTES 30X20CM (Cx.= 100 u)	UNID
1000003255	TOALHETES HUMEDECIDOS HIPOALERGICOS	UNID
1000002221	TOALHETES HUMEDECIDOS HIPOALERGICOS ADULTO	UNID
1000003091	TRANSFERS USO UNICO--ESTERILIZADO (Cx. =100 u)	UNID
1000003110	URINARES ANTI-ALERGICOS "N° 4 «» 25MM" S	UNID
1000003111	URINARES ANTI-ALERGICOS "N° 5 «» 30MM" M	UNID
1000003112	URINARES ANTI-ALERGICOS "N° 6 «» 35MM" L	UNID
1000001674	URINARES ANTI-ALÉRGICOS N.º5 29MM	UNID
1000001678	URINARES ANTI-ALÉRGICOS N.º6 36MM	UNID
1000002322	ZARAGATOAS N/ESTERELIZADAS- 200mm X 10mm	UNID
1000002998	ZARAGATOAS SIMPLES EST.INDIV.	UNID

LEGENDA: UNI – Unidade, ROLO – Rolo, EMB – Embalagem, FRS – Frasco, CART – Carteira

INVENTÁRIO MATERIAL DE PENSO (FARMÁCIA)

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	NOME COMERCIAL
I18604058	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 7,5 x 12 CM	Kaltostat (Cx. = 10)
I18604055	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Askina sorb (Cx. = 10 u)
I18604056	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Sorbalgon (Cx. = 10 u)
I18604067	ALGINATO PENSO ESTÉRIL - TIRAS 30 CM	Sorbalgon (Cx. = 3 u)
I18604027	ALGINATO GEL TUBOS 15 G	Askina gel (Cx.=5 u)
I18604025	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 5x 5 CM	Algisite M (Cx. = 10 u)
I18604066	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 5x 5 CM	Sorbalgon (Cx. = 10 u)
I18604026	ALGINATO TIRAS 2,7 x 37 CM	Askina sorb(Cx.=10 u)
I18604068	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 5 x 5 CM	Hidrocoll (Cx. = 10 u)
I18604031	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Varihesive Gel Control/Hidrocoll (Cx. = 5 u)
I18604032	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Varihesive/Hidrocoll (Cx. = 5 u)
I18604033	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 20 x 20 CM	Varihesive Gel Control (Cx. = 5 u)
I18604035	CARBOXIMETILCELULOSE PASTA 15 G	Askina Biofilm (Cx. = 5 u)
I18604062	CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Aquacel AG (Cx. = 10 u)
I18604071	CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Aquacel AG (Cx. = 10 u)
I18604024	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA SACRAL	Hidrocol I (Cx. = 5 u)
I18604023	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA CALCANHAR	Hidrocol I (Cx. = 10 u)
I18604034	CARBOXIMETILCELULOSE GEL 15 G	Varihesive Hidrogel (Cx. = 10 u)
I18604015	CARBOXIMETILCELULOSE SODICA PENSO ESTÉRIL 2 x 45 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)
I18604016	CARBOXIMETILCELULOSE SODICA PENSO ESTÉRIL 5 x 5 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)
I18604020	CARBOXIMETILCELULOSE SODICA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)
I18604021	CARBOXIMETILCELULOSE SODICA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Aquacel (Cx. = 5 u)
I18604040	CARVAO ACTIVADO COM PRATA PENSO ESTERIL 10,5 x 10,5 CM	Actisorb Plus (Cx. = 10 u)
I18604041	CARVAO ACTIVADO COM PRATA PENSO ESTERIL 10,5 x 19 CM	Actisorb Plus (Cx. = 10 u)
I18604079	GAZE COM IODO 10 x 10 CM	Betadine (Cx. = 50 u)
I18604043	GAZE COM IODOFOROS PENSO ESTERIL IND. 5 x 5 CM	Inadine (Cx. = 25)
I18604042	GAZE GORDA COM CLORHEXIDINA PENSO ESTÉRIL IND. 5 x 5 CM	Bactigrás (Cx. = 50 u)
I18604047	GAZE GORDA NÃO ADERENTE DEDOS - T. médio	Adaptic (Cx. = 10 u)
I18604045	GAZE GORDA NÃO ADERENTE PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Grassolind/Paranet (Cx. = 10 u)
I18604046	GAZE GORDA NÃO ADERENTE PENSO ESTÉRIL IND. 10 x 20 CM	Grassolind (Cx. = 30 u)
I18604028	HIDROPOLÍMERO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Hydrosorb (Cx. = 5 u)
I18604030	HIDROPOLÍMERO PENSO ESTÉRIL 20 x 20 CM	Hydrosorb (Cx. = 3 u)
I18604063	NANOCRISTALINO E PRATA PENSO ESTERIL 10 x 10 CM	Acticoat (Cx. = 12 u)
I18604064	NANOCRISTALINO E PRATA PENSO ESTERIL 10 x 20 CM	Acticoat (Cx. = 12 u)
I18604013	POLIURETANO CAVIDADE TUBULAR 9 x 2,5 CM	Allewyn Cavity (Cx. = 10 u)
I18604065	POLIURETANO CAVIDADES 5 x 5 CM	Allewyn Cavity (Cx. = 10 u)

118604009	POLIURETANO CAVIDADES 10 x 10 CM	Allevyn Cavity (Cx. = 5 u)
118604001	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 S/ REBORDO	Askina Transorbent/Askina Foam (Cx. = 10 u)
118604069	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Combiderm (Cx. = 10 u)
118604070	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Permafoam (Cx. = 6 u)
118604002	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Askina transorbent (Cx. = 5 u)
118604003	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x 20 cm	Allevyn Lite (Cx. = 10 u)
118604005	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL CALCANHAR	Allevyn Hell (Cx. = 5u)
118604076	PENSO PARA CALCANHAR TAM. ÚNICO	Mepilex Hell (Cx. = 5u)
118604007	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL SACRAL	Allevyn Sacrum/Askina Foam (Cx. = 5u)
118604073	PENSO ESPUMA SILICONE 10X10CM	Mepilex Border (Cx. = 5u)
118604075	PENSO SILICONE PARA FERIDA 7,5X10CM	Mepitel (Cx.= 10u)
118604074	PENSO ESPUMA SACRO 23X23CM	Mepilex Border Sacrum (Cx. = 5u)

UNIDADE – PENSO (PARA TODOS OS ARTIGOS)

INVENTÁRIO MATERIAL (VÁRIOS FARMÁCIA)

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNIDADE
115604002	ALCOOL 70° - 500 ML	FRS
115604015	BACITRACINA POMADA (Bacitracina)	BISN
115624001	BETAMETASONA 0,1% - 20 GR CREME (Cilestoderme)	BISN
115204012	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML	FRS
112404001	CLORETO DE SÓDIO NASAL 20 ML	FRS
115604005	CLORHEXIDINA SABÃO P/ MÃOS 500 ML (Lifo Scrub)	FRS
115608007	DIMETINDENO GEL (Fenistil Gel)	BISN
120404010	ÉTER ETÍLICO 1000 ML	FRS
111620003	HEPARINOIDE POMADA (Trombocid)	BISN
115604057	HIPOCLORITO SÓDIO 0,5% - 250ML (Solutio Dakin)	FRS
115604046	ODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 125 ML (Betadine)	FRS
115604009	ODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 500 ML (Betadine)	FRS
115604047	ODOPOVIDONA SOL. ESPUMA 125 ML (Betadine)	FRS
115604010	ODOPOVIDONA SOL. ESPUMA 500 ML (Betadine)	FRS
115608037	ÓLEO DE AMÊNDOAS DOCES 100/125/250 ML	FRS
115608008	ÓLEO DE AMÊNDOAS DOCES 1 L	FRS
115608004	ÓXIDO DE ZINCO COMPOSTO SUSPENSÃO DÉRMICA	EMB
115608005	ÓXIDO DE ZINCO COMPOSTO POMADA	BEM/FRS
110844009	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	COMP
110844010	PARACETAMOL 125 MG SUPOSITÓRIO	SUP
110844011	PARACETAMOL 250 MG SUPOSITÓRIO	SUP
110844012	PARACETAMOL 500 MG SUPOSITÓRIO	SUP
110844013	PARACETAMOL 1000 MG SUPOSITÓRIO	SUP
110844014	PARACETAMOL 200MG/5ML XAROPE - 85ML	FRS
115608001	PARAFINA COMPOSTA CREME (Dermisol)	BISN

115604023	PARAFINA COM LANOLINA (creme gordo)	BISN
118008009	PARAFINA LIQUIDA 1000 ML	FRS
115604056	PERÓXIDO DE HIDROGÉNIO 10v 250 ML (Água Oxigenada)	FRS
120408008	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE COLESTROL	EMB
120408013	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE NA URINA (Cx. = 100 u)	EMB
120408002	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE NO SANGUE (Aparelho) (Precision Xtra Plus) Cx.= 50 u	EMB
120420002	SABÃO LIQUIDO DERMOPROTECTOR 500 ML (Softaskin)	FRS
118016003	TRICLOSENO 2.5GR (Presept - Cx.= 100pastilhas)	PAST
115604050	VASELINA ESTERILIZADA AMPOLAS	AMP
115604051	VASELINA ESTERILIZADA POMADA 20 GR	BISN
115612003	VITAMINA A POMADA 30 GR (Halibut, Mytosil)	BISN
115612009	VITAMINA A POMADA 100 GR	BISN
118008002	ÁGUA BIDEUTILADA 10 ML	AMP
115604017	CLOTRIMAZOL 1% POMADA	BISN
112412015	SALBUTAMOL SOL. RESPIRATÓRIA 0,5%	FRS/EMB
115612007	AC. ESTEARICO COMPOSTO (Biafine)	BISN
115604027	ÁC. FUSÍDICO 2% 15GR CREME/POMADA (Fucidine)	BISN
118016014	DESINFECTANTE ALCOOLICO P/ SUPERFICIES - RECIPIENTE+TOALHETES (Spectrum)	EMB
118016016	DESINFECTANTE ALCOOLICO P/ SUPERFICIES - RECARGAS (Spectrum)	EMB
110808023	TETRACAÍNA COMPOSTA GEL (Lidocaína)	BISN
118604061	COLANGENASE POMADA 30 GR (Ulcerase)	BISN
114004007	IBUPROFENO 20MG/ML XAROPE FR 200ML	FRS
115204038	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250 ML	FRS
113608008	PREDNISOLONA 25 MG/1ML S EXT. AMP I ML	AMP
115604060	SOL.ALCOOLICA(ETANOL+PROPANOL)/ANTISEPTICO/DERMOPRO TETOR FRS 500ML (Promanum)	FRS
120408019	REAG P/ DETERMIN. COLESTROL E GLICOSE (APARELHO) + pipetas de colheita (Cx. = 25u)	EMB
115604012	BENJOIM TINTURA 1L	FRS
120420004	ÁGUA BIDEUTILADA P/ IRRIGAÇÃO 500 ML C/ ROSCA Aqua B Braun	FRS
115604011	IODOPOVIDONA 100 MG/G POMADA (Betadine Pomada)	BISN
120408001	REAG.ANALISE SUMAR.URINA (10 PARAMETROS) Combur (Cx. = 100 u)	EMB
	ADALAT 5 MG	COMP
	CAPTOPRIL 25 MG	COMP
	SOLUTO DE LUGOL 1L	FRS
	ÁCIDO ACÉTICO A 3% 1L	FRS
	LIDOCAÍNA 2% (Lidoject 2 %) SC/IM	AMP
	FORMALDEÍDO 3,7 - 4% 1L	FRS
	XILONIBSA SPRAY (ANESTÉSICO TÓPICO) - 50 ML	FRS
	CELESTONE 0,5MG/ML SOL.ORAL	FRS
	FUROSEMIDA 40 MG	COMP
	CLEMASTINA 2M SOL. INJECTÁVEL	AMP
	DIAZEPAM 2ML IM/EV	AMP
	ADRENALINA 1MG/ML	AMP
	BEBEGEL CÂNULA	BISN

	ATROVENT PA 20 ug/DOSE	INAL
	SALBUTAMOL GP 100 ug/DOSE	INAL
	GLUCOSE 5% 500 ML	FRS
	CREME ANTIPARASITÁRIO (NIX) PERMETHRIN 1%	FRS

LEGENDA:

FRS – Frasco
EMB – Embalagem
BISN – Bisnaga
BLIST – Blister
AMP – Ampola
COMP – Comprimido
INAL - Inalador
SUP- Supositório

ANEXO 4 – Gráficos de perfil de consumos/stock actual

– Gráficos do tempo de entrega do material

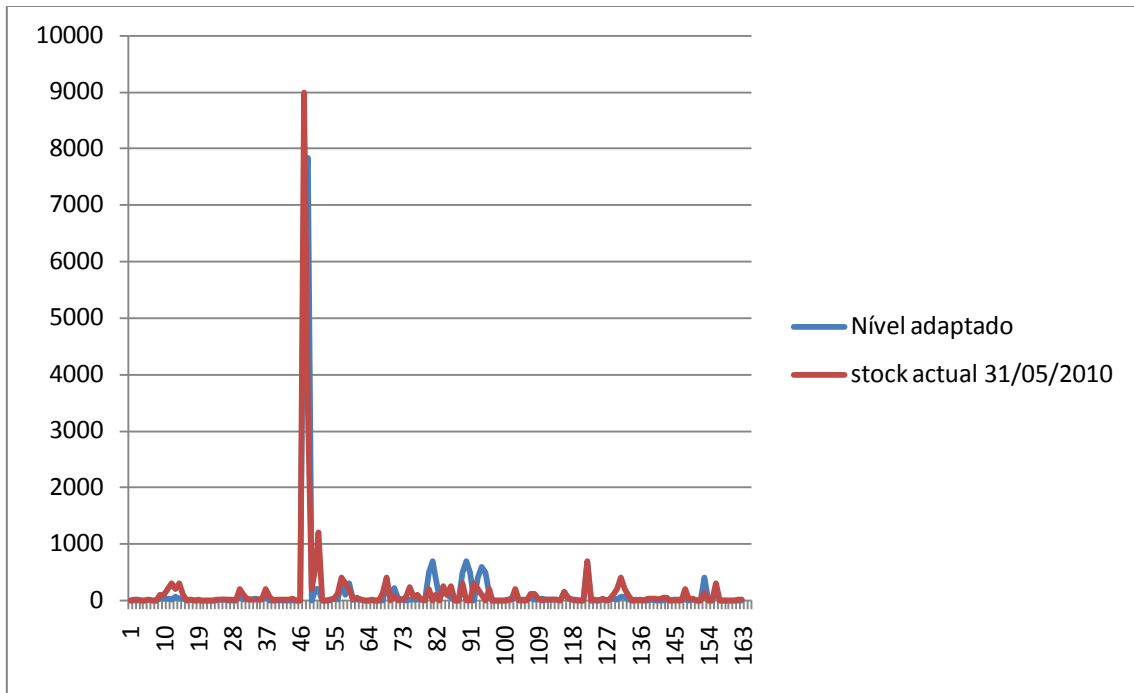


Fig. 1 – Análise do stock adaptado ao consumo médio mensal comparado com stock actual por artigo - Armazém

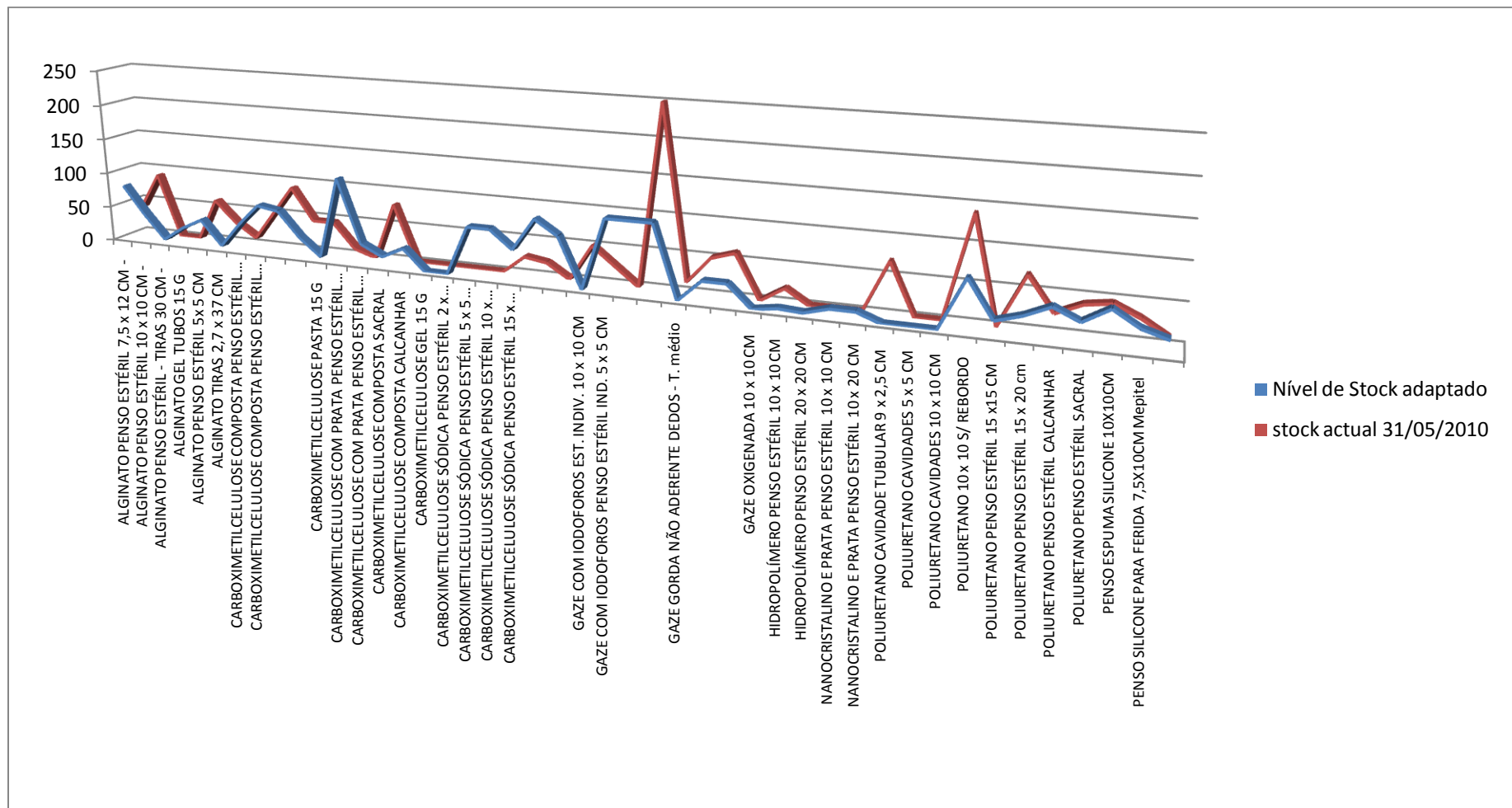


Fig.2 – Análise do stock adaptado ao consumo médio mensal comparado com stock actual, por artigo - Farmácia, material de penso

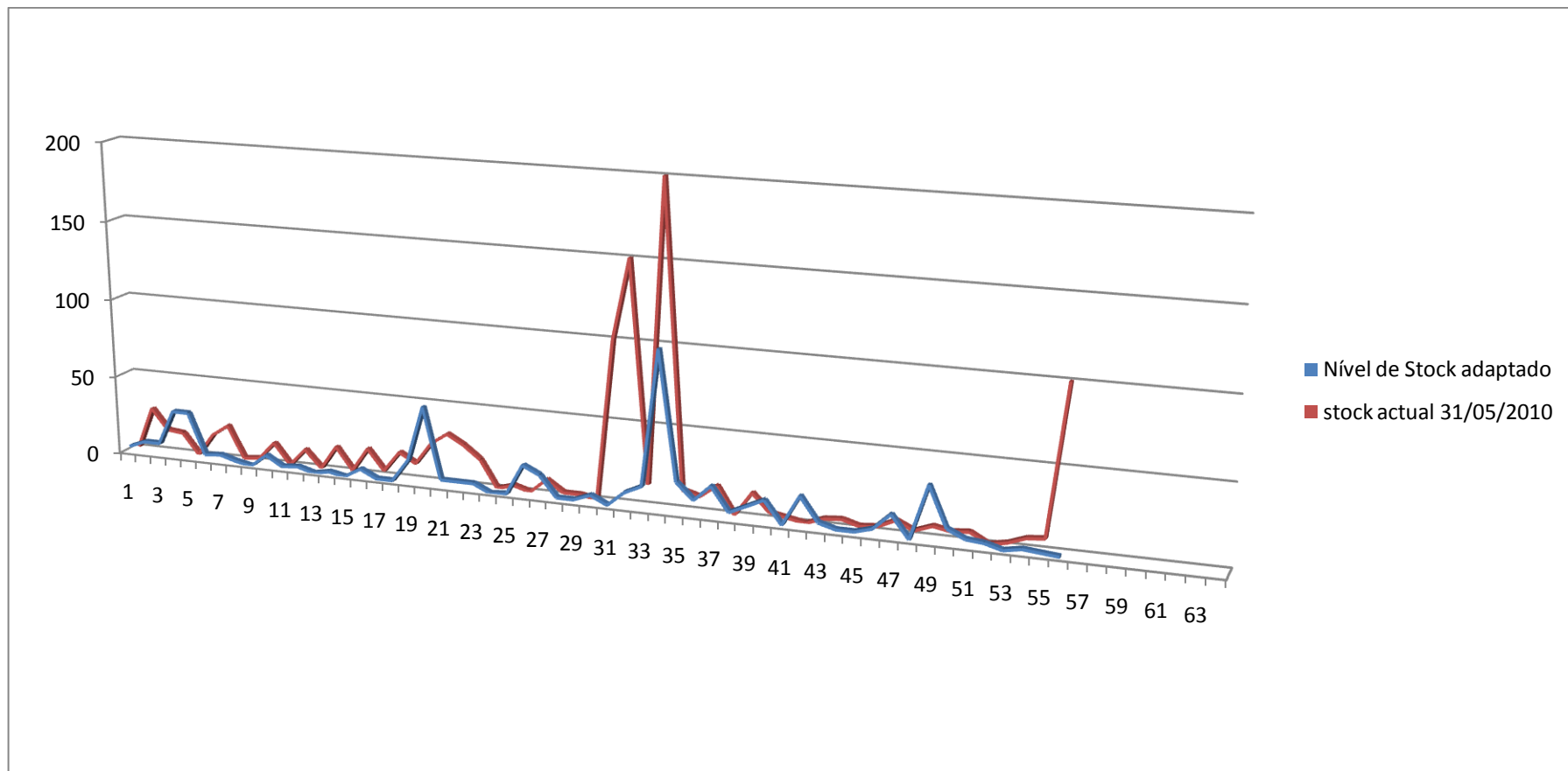


Fig 3. –Análise do Stock adaptado ao consumo médio mensal comparado com stock actual, por artigo – Farmácia vários

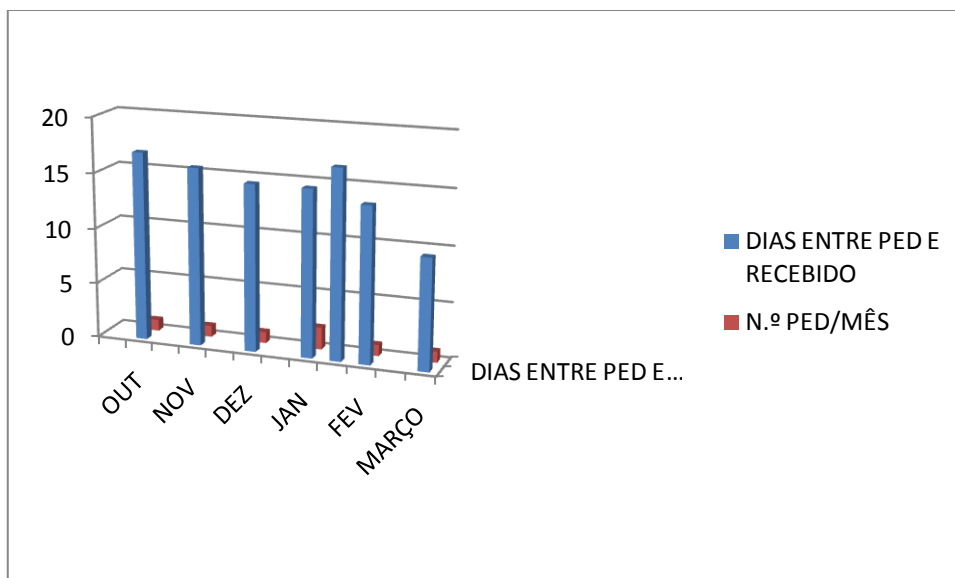


Fig. 4 – Gráfico de tempo de entrega de material proveniente do Armazém

MÊS	DIAS ENTRE PED E RECEBIDO	N.º PED/MÊS
OUT	17	1
NOV	16	1
DEZ	15	1
JAN	15	2
FEV	14	1
MARÇO	10	1
MÉDIA	14,85714286	1,166666667
	15 DIAS PARA ENTREGA MATERIAL	1 PEDIDO MÊS
	MAX 17 DIAS	
	MIN10 DIAS	

Fig. 5 – Tabela de tempo de entrega de material proveniente do Armazém

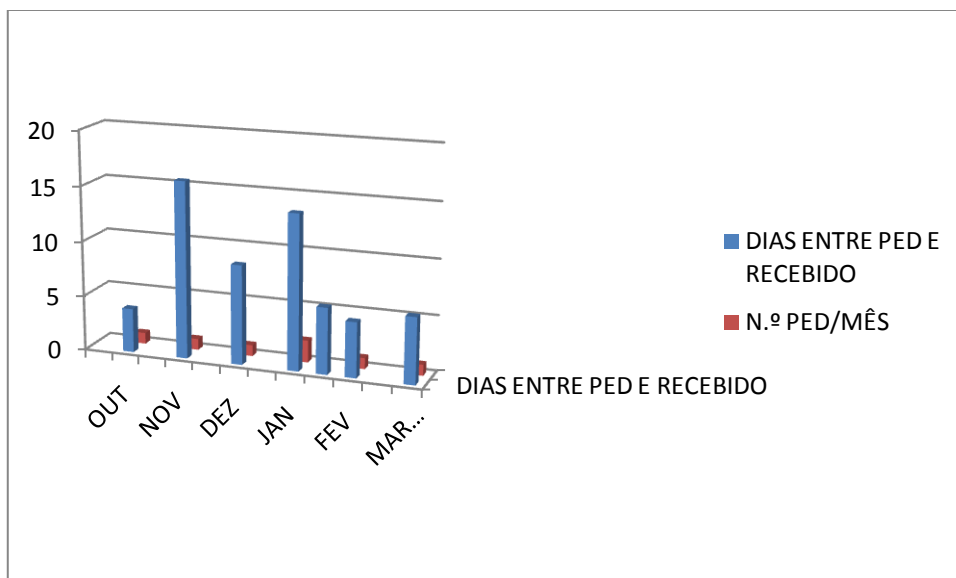


Fig. 6 – Gráfico de tempo de entrega de material proveniente da Farmácia

MÊS	DIAS ENTRE PED E RECEBIDO	N.º PED/MÊS
OUT	4	1
NOV	16	1
DEZ	9	1
JAN	14	2
FEV	6	1
MARÇO	5	1
MÉDIA	8,571428571	1,166666667
	9 DIAS PARA ENTREGA DE MATERIAL	1 PEDIDO POR MÊS
	MÁX 16 DIAS	
	MIN 4 DIAS	

Fig. 7 – Tabela de tempo de entrega de material proveniente da Farmácia

**ANEXO 5 – Folha de colheita de dados da população Diabética e Hipertensa do PSAI da
USCC**

ANEXO 6 – Projecto da Gestão de Materiais da USSCC

PROJECTO DE REESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO DE MATERIAIS DA USSCC

Objectivo geral:

Colaborar no âmbito da Gestão para a rentabilização de recursos físicos e materiais, através de uma proposta de reestruturação de gestão de stocks na USC.

Objectivos específicos:

1. Aprofundar conhecimentos sobre Gestão de materiais em Enfermagem.

Actividades:

- Pesquisa Bibliográfica sobre o assunto.
2. Identificar o modelo de gestão de materiais existentes na USSC Castelo e o seu circuito.

Actividades:

- Observação e Reunião com Enfermeiro orientador para compreender o modelo existente.
- Consulta dos registos de pedido e recepção de materiais da USSCC - utilizando a Análise documental.

- ✓ Foi identificado o método de distribuição de materiais em uso na USSCC:
Método tradicional ou por requisição quinzenal/mensal ao Armazém e Farmácia.

Através da recolha de informação e observação realizadas, destaca-se a metodologia utilizada de análise documental do histórico de consumos por um período de 6 meses, de acordo com orientações da literatura sobre o assunto, foram identificados os seguintes pontos críticos no diagnóstico de situação:

- ❖ Registo disperso e moroso de pedido de materiais.
- ❖ Ausência de registo ou controlo por Programa do consumo de materiais.
- ❖ Existência de desperdícios por prazo de validade ultrapassados.
- ❖ Espaço reduzido disponível para armazenamento de materiais, que se encontra disperso pela USSCC.

3. Elaborar uma proposta de forma a melhorar a gestão de materiais na USSC Castelo (apontado como uma necessidade e um objectivo estratégico institucional pela Enf.^a Directora e Enf. Coordenador-gestor da USSCC).

Estratégias

- Análise do perfil de consumo da USSCC num período de 6 meses.
- Envolver a Equipa de Enfermagem no controlo eficaz dos consumos de cada Programa/Área Clínica e da Unidade de Saúde (armazenamento do material, definição de níveis e registo actualizado dos consumos).
- Minimizar os desperdícios por prazos de validade ultrapassados.

Actividades:

- Definição de níveis de stock de acordo com o histórico de consumos num período de 6 meses.
- Realização de uma Reunião/formação da Equipa de Enfermagem.
- Elaboração de uma proposta para registo de consumo de materiais por Programa e por Unidade, incluindo Validades.
- Promoção da comunicação de pedidos de material informatizado para o Enf.^o Coordenador-gestor da USSCC.

Indicadores, do projecto de gestão de materiais:

- Registo informatizado dos consumos e níveis de stock por artigo de cada programa/área clínica – Enfermeiro responsável por programa/área clínica;
- Registo informatizado dos níveis de stock, pedidos e consumos de toda a Unidade de Saúde, quer ao Armazém, quer à Farmácia;
- Número de pedidos extraordinários;
- Redução dos stocks existentes na USSCC, adaptados ao consumo e à capacidade de armazenamento;
- Redução de taxas de Artigos/pensos/fármacos que ultrapassam prazos de validade.

Instrumentos criados:

- Base de dados em Excel com inventário de artigos do Aprovisionamento e Farmácia;
- Folha de registo de consumos da USSCC
- Folha de registo consumos por programa
- Registo de validades

ANEXO 7 – Folhas de registo dos consumos e pedidos de materiais da USSCC (e por Programa) ao Armazém e Farmácia

- Folhas de registo dos níveis de stock e validades de materiais da USSCC (e por Programa) ao Armazém e Farmácia

REGISTO DE CONSUMOS MATERIAL ARMAZÉM POR PROGRAMA DA USSCCASTELO

PROGRAMA				
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		DATA /MÉS		
CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNID	CONSUMO	TOTAL MENSAL
1000002321	ADES. ANTI-ALÉRG. MICRO PERF.2,5cmx9,14m	ROLO		
1000001567	ADES. ANTI-ALÉRG.MICRO PERF. 5CMX9.1M	ROLO		
1000001671	ADESIVO ANTI-ALERG. SEDA ARTIF. 2,5CMX9,1M	ROLO		
1000003217	ADESIVO COMUM 5CM X 5M	ROLO		
1000001625	ADESIVO HIPOALÉRGICO IMPER. 5MX2,5CM	ROLO		
1000003219	ADESIVO NAO TECIDO 10CM X 10M	ROLO		
1000003220	ADESIVO NAO TECIDO 20CM X 10M	ROLO		
1000003218	ADESIVO NAO TECIDO 5CM X 10M	ROLO		
1000001628	AGULHAS DE DILUIÇÃO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003010	AGULHAS HIPODERMICAS 16/5 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003009	AGULHAS HIPODERMICAS 25/6 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003008	AGULHAS HIPODERMICAS 25/9 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003007	AGULHAS HIPODERMICAS 40/8 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003006	AGULHAS HIPODERMICAS 40/9 CX 100(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003011	AGULHAS HIPODERMICAS 50/8 «»21 G(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003092	ALGALIA FOLEY N 12 (Cx. =10 u)	UNID		
1000003093	ALGALIA FOLEY N 14(Cx. =10 u)	UNID		
1000003094	ALGALIA FOLEY N 16(Cx. =10 u)	UNID		
1000003095	ALGALIA FOLEY N 18(Cx. =10 u)	UNID		
1000003096	ALGALIA FOLEY N 20(Cx. =10 u)	UNID		
1000003097	ALGALIA FOLEY N 22(Cx. =10 u)	UNID		
1000003099	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº 12"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003100	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº 14"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003101	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº16"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003102	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº18"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003103	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº20"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003104	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº22"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003105	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº24"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003114	ALGODAO HIDROFILO 80G	EMB		
1000001570	AVENTAIS DISPOSABLE 125CMX80CM (Emb. =100u)	UNID		
1000003142	BATAS DE VISITANTE DISPOSABLE (Emb.=10u)	UNID		
1000003014	BISTURI DISPOSABLE EST. Nº 10 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003019	BISTURIS DISP. EST. Nº 24 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003015	BISTURIS DISP. EST. Nº11 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003018	BISTURIS DISPOS. EST. Nº 23(Cx.= 10 u)	UNID		
1000003017	BISTURIS DISPOSABLE EST. Nº15 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003278	CAMPOS CIRURGICOS EST. 38 X 45 CM (Cx. =100 u)	UNID		
1000002985	CARTEIRAS CARTAO P/ CITOLOGIAS-2 LAMINA (GIN)	UNID		
1000003021	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 16 G	UNID		
1000003022	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 18 G	UNID		

Gestão Materiais USSCC

1000003023	CATETER INFUSAO PERIFERICA N° 20 G	UNID		
1000003024	CATETER INFUSAO PERIFERICA N° 22 G	UNID		
1000003025	CATETER INFUSAO PERIFERICA N° 24 G	UNID		
1000003027	CLAMPS RAPIDOS P/ SONDAS / TUBOS	UNID		
1000002323	COLECTORES BIOLÓGICOS 5 L	UNID		
1000003226	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 15 X 20 CM	UNID		
1000003224	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 7,5 X 7,5 Cx.= 200u (10ux20pac.)	UNID		
1000003225	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 10 X 15 CM Cx.= 560u (10ux56pac.)	UNID		
1000004009	COMPRESSAS GAZE N/ESTERILIZADAS 10X20CM(Emb. 200u)	UNID		
1000003222	COMPRESSAS GAZE NAO ESTERILIZADA 10X15CM	UNID		
1000003221	COMPRESSAS GAZE NAO ESTERILIZADA 7,5X7,5(Emb. 100u)	UNID		
1000002343	CONTENTORES AGULHAS 1L	UNID		
1000001581	CONTENTORES P/ AGULHAS 2.000ML	UNID		
1000003846	CONTENTORES P/AGULHAS 0,25 L	UNID		
1000002987	ESCOVAS CERVICAIS ESTERILIZADAS	UNID		
1000003999	ESCOVAS CERVICAL N/ESTER. Cx. = 20sacos (25u)	UNID		
1000002995	ESPATULAS DE MADEIRA-(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003269	ESPC. AURICULAR ADULTO 4 MM (Emb.=100 u)	UNID		
1000002996	ESPEC.AURICULAR DISP. 2,5 MM PEDIÁTRICO (Emb.= 100 u)	UNID		
1000002991	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T. MEDIO	UNID		
1000002990	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T. PEQUENO	UNID		
1000002992	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T.GRANDE	UNID		
1000001643	FITA DE SUTURA ADESIVA ESTERILIZ. 13X102MM (1 Cart.= 5 u)	CART		
1000001642	FITA DE SUTURA ADESIVA ESTERILIZ. 6,4X76MM (1 Cart. 3/4 /5 u)	CART		
1000002325	FITA SUTURA ADESIVA EST. 4 X 76MM (1 Cart.= 5/3 u)	CART		
1000002993	FIXADOR LAMINAS CITOLOGIA-SPRAY---250ML	EMB		
1000004000	GEL P/AUSCULTAÇÃO FETAL 250 ML	FRS		
1000001648	LÂMINAS CANTO FOSCO/CITOLÓGICAS GIN	UNID		
1000003037	LANCETAS RECTRACTEIS DISPOSABLE (Cx. =100 u)	UNID		
1000001635	LANCETAS RETRACTEIS DISPOSABLE C/CANETA	UNID		
1000003120	LIGAD. ELAST. ALG. POLIAMIDA /10CM X 10M (Cx. = 12 u)	UNID		
1000003119	LIGAD. ELAST. ALG. POLIAMIDA /10CM X 4M (Cx. = 20 u)	UNID		
1000003847	LIGADURA FORTE CONTENÇÃO - ELASTICIDADE REDUZIDA 10CMX5M	UNID		
1000003277	LIGADURAS COLA DE ZINCO 10CM X 5M(Cx. =10 u)	UNID		
1000003118	LIGADURAS ELAST. ALG. POLIAMIDA 5CM X 4M (Cx. = 20 u)	UNID		
1000003122	LIGADURAS ELAST. CREPE ---10CM X 4M(Cx. =10 u)	UNID		
1000003123	LIGADURAS ELAST. CREPE ---15CM X 4M(Cx. =10 u)	UNID		
1000003127	LIGADURAS P/PROTECCAO ESCARAS 10CMX 2,7M (Emb.= 6 u)	UNID		
1000003128	LIGADURAS P/PROTECCAO ESCARAS 20CMX 2,7M (Emb.= 6 u)	UNID		
1000003152	LUVAS DE NITRILO ---T. GRANDE(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003151	LUVAS DE NITRILO ---T. MEDIO(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003150	LUVAS DE NITRILO ---T. PEQUENO(Cx. = 100 u)	UNID		

Gestão Materiais USSCC

1000003236	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº6,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003237	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº6,5 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003238	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº7,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003239	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº7,5 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003240	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº8,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000004001	LUVAS N/ESTERILIZADAS S/PÓ - T.EXTRA PEQ. (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003891	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. GRANDE (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003892	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. MEDIO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003893	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. PEQUENO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003146	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. EXTRA-PEQ(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003149	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. GRANDE(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003148	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. MEDIO(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003147	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. PEQUENO(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003153	LUVAS PALHACO NAO ESTERILIZADAS – (Emb. = 100 u)	UNID		
1000003229	MALHA TUBULAR -----Nº 2 1,8cmX25m	ROLO		
1000003230	MALHA TUBULAR -----Nº 3 2,1cmX25m	ROLO		
1000003231	MALHA TUBULAR -----Nº 4 2,4cmX25m	ROLO		
1000003232	MALHA TUBULAR -----Nº 5 2,7cmX25m	ROLO		
1000003233	MALHA TUBULAR -----Nº 6 5,5cmX25m	ROLO		
1000003154	MANAPULAS USO UNICO	UNID		
1000003155	MASCARAS CIRURGICAS DISP. C/ATILHOS(Cx. = 50 u)	UNID		
1000003138	PENSO ADES. C/INTERCAMBIO GASES--- 6 X 7	UNID		
1000003139	PENSO ADES. C/INTERCAMBIO GASES--10 X 12	UNID		
1000004007	PENSO N/ADESIVO HIDRÓF.POLI.ESTR.20X20CM (Cx. =5u)	UNID		
1000003129	PENSOS ABSORV. CELULOSE ---10 X 20CM (Emb. = 25 u)	UNID		
1000003130	PENSOS ABSORV. CELULOSE ---15 X 20CM (Emb. = 25 u)	UNID		
1000003136	PENSOS ADESIVOS C/GRELHA MEDICAO-- 6 X 7	UNID		
1000003137	PENSOS ADESIVOS C/GRELHA MEDICAO-10X12	UNID		
1000003131	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST. --- 8 X 15	UNID		
1000003271	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST. 10CM X 20	UNID		
1000003133	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST.--- 10X 25C	UNID		
1000002324	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST.7,2cm X 5cm	UNID		
1000001627	PENSOS PLÁSTICOS AEROSOL - BEM. 100ML	EMB		
1000001640	PENSOS SIMPLES EXTRA PEQUENOS (P. Rápidos)	UNID		
1000003135	PENSOS SIMPLES (P. Rápidos)	UNID		
1000003040	PINCAS DISPOS ESTERILIZADAS (Cx. =10 ou 50 u)	UNID		
1000002342	PLACAS P/PROTECÇÃO ESCARAS 17,5cmX17,5cm	UNID		
1000001668	PLACAS P/PROTECÇÃO ESCARAS 20X20	UNID		
1000003459	RESGUARDOS DESCARTAVEIS (cx:3x30=90)	UNID		
1000003268	RESGUARDOS USO UNICO 60 X 80 CM(Cx. = 340u)	UNID		
1000002073	ROLOS FIO SISAL	ROLO		
1000002521/3590	ROLOS PAPEL MARQUESA NÃO PLASTIFICADOS	ROLO		
1000002522/3591	ROLOS PAPEL MARQUESA PLASTIFICADOS	ROLO		
1000003106	SACOS COLECTORES URINA 1500ML (c/ disp. saída)	UNID		

Gestão Materiais USSCC

1000003107	SACOS COLECTORES URINA 2000ML	UNID		
1000003270	SACOS COLECTORES URINA P. PERNA 750 CC	UNID		
1000003043	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 10ML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003044	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 20ML(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003041	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 2ML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003042	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 5ML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003049	SERINGAS INSULINA C/AGULHA IML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003047	SERINGAS INSULINA S/AGULHA -IML(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003050	SERINGAS PALIMENTACAO "50/60 ML"	UNID		
1000004010	SET PENSOS ESTERILIZADOS (Cx. = 50u)	UNID		
1000003054	SISTEMAS ADMINISTRACAO SOROS "SIMPLES"	UNID		
1000003058	SONDAS DE ASPIRACAO ---Nº 8	UNID		
1000003059	SONDAS DE ASPIRACAO ---Nº12	UNID		
1000003071	SONDAS NASOGASTRICAS ---N20(Cx. = 10 u)	UNID		
1000003068	SONDAS NASO-GASTRICAS ---Nº14(Cx. = 10 u)	UNID		
1000003069	SONDAS NASO-GASTRICAS ---Nº16(Cx. = 10 u)	UNID		
1000003070	SONDAS NASO-GASTRICAS ---Nº18(Cx. = 10 u)	UNID		
1000003993	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE Nº 14(Cx=10 u)	UNID		
1000003901	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE Nº16(Cx=10 u)	UNID		
1000003902	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE Nº18(Cx. =10u)	UNID		
1000003903	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE Nº20	UNID		
1000003085	SONDAS VESICAIS FEMALLE-SENHORA-Nº 12 (Cx.= 100 u)	UNID		
1000001641	SUPORTE PLÁSTICO P/SACOS COLECT. URINA	UNID		
1000003089	TAMPAS P/SONDAS NASOGASTRICAS	UNID		
1000002999	TERMOMETROS DIGITAIS	UNID		
1000001634	TIRA AGRAFES DISPOSABLE ESTERILIZADOS	UNID		
1000001638	TOALHETES DESINFECTANTES 30X20CM (Cx.= 100 u)	UNID		
1000003255	TOALHETES HUMEDECIDOS HIPOALERGICOS	UNID		
1000002221	TOALHETES HUMEDECIDOS HIPOALERGICOS ADULTO	UNID		
1000003091	TRANSFERS USO UNICO--ESTERILIZADO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003110	URINARES ANTI-ALERGICOS "Nº 4 «» 25MM" S	UNID		
1000003111	URINARES ANTI-ALERGICOS "Nº 5 «» 30MM" M	UNID		
1000003112	URINARES ANTI-ALERGICOS "Nº 6 «» 35MM" L	UNID		
1000001674	URINARES ANTI-ALÉRGICOS N.º5 29MM	UNID		
1000001678	URINARES ANTI-ALÉRGICOS N.º6 36MM	UNID		
1000002322	ZARAGATOAS N/ESTERELIZADAS- 200mm X 10mm	UNID		
1000002998	ZARAGATOAS SIMPLES EST.INDIV.	UNID		

LEGENDA: UNI – Unidade, ROLO – Rolo, EMB – Embalagem, FRS – Frasco, CART – Carteira

REGISTO DE CONSUMOS MATERIAL DE PENSO (FARMÁCIA) POR PROGRAMA DA USSCCASTELO

PROGRAMA				
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		DATA /MES		
CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	NOME COMERCIAL	CONSUMO	TOTAL MENSAL
I18604058	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 7,5 x 12 CM	Kaltostat (Cx. = 10)		
I18604055	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Askina sorb (Cx. = 10 u)		
I18604056	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Sorbalgon (Cx. = 10 u)		
I18604067	ALGINATO PENSO ESTÉRIL - TIRAS 30 CM	Sorbalgon (Cx. = 3 u)		
I18604027	ALGINATO GEL TUBOS 15 G	Askina gel (Cx.=5 u)		
I18604025	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 5x 5 CM	Algisite M (Cx. = 10 u)		
I18604066	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 5x 5 CM	Sorbalgon (Cx. = 10 u)		
I18604026	ALGINATO TIRAS 2,7 x 37 CM	Askina sorb(Cx.=10 u)		
I18604068	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 5 x 5 CM	Hidrocoll (Cx. = 10 u)		
I18604031	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Varihesive Gel Control/Hydrocoll (Cx. = 5 u)		
I18604032	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Varihesive/Hidrocoll (Cx. = 5 u)		
I18604033	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 20 x 20 CM	Varihesive Gel Control (Cx. = 5 u)		
I18604035	CARBOXIMETILCELULOSE PASTA 15 G	Askina Biofilm (Cx. = 5 u)		
I18604062	CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Aquacel AG (Cx. = 10 u)		
I18604071	CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Aquacel AG (Cx. = 10 u)		
I18604024	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA SACRAL	Hidrocol I (Cx. = 5 u)		
I18604023	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA CALCANHAR	Hidrocol I (Cx. = 10 u)		
I18604034	CARBOXIMETILCELULOSE GEL 15 G	Varihesive Hidrogel (Cx. = 10 u)		
I18604015	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 2 x 45 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)		
I18604016	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 5 x 5 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)		
I18604020	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)		
I18604021	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Aquacel (Cx. = 5 u)		
I18604040	CARVAO ACTIVADO COM PRATA PENSO ESTÉRIL 10,5 x 10,5 CM	Actisorb Plus (Cx. = 10 u)		
I18604041	CARVAO ACTIVADO COM PRATA PENSO ESTÉRIL 10,5 x 19 CM	Actisorb Plus (Cx. = 10 u)		
I18604079	GAZE COM IODO 10 x 10 CM	Betadine (Cx. = 50 u)		
I18604043	GAZE COM IODOFOROS PENSO ESTÉRIL IND. 5 x 5 CM	Inadine (Cx. = 25)		
I18604042	GAZE GORDA COM CLORHEXIDINA PENSO ESTÉRIL IND. 5 x 5 CM	Bactigrás (Cx. = 50 u)		
I18604047	GAZE GORDA NÃO ADERENTE DEDOS - T. médio	Adaptic (Cx. = 10 u)		
I18604045	GAZE GORDA NAO ADERENTE PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Grassolind/Paranet (Cx. = 10 u)		
I18604046	GAZE GORDA NÃO ADERENTE PENSO ESTÉRIL IND. 10 x 20 CM	Grassolind (Cx. = 30 u)		
I18604028	HIDROPOLÍMERO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Hydrosorb (Cx. = 5 u)		
I18604030	HIDROPOLÍMERO PENSO ESTÉRIL 20 x 20 CM	Hydrosorb (Cx. = 3 u)		
I18604063	NANOCRISTALINO E PRATA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Acticoat (Cx. = 12 u)		
I18604064	NANOCRISTALINO E PRATA PENSO ESTÉRIL 10 x 20 CM	Acticoat (Cx. = 12 u)		

I18604013	POLIURETANO CAVIDADE TUBULAR 9 x 2,5 CM	Allevyn Cavity (Cx. = 10 u)		
I18604065	POLIURETANO CAVIDADES 5 x 5 CM	Allevyn Cavity (Cx. = 10 u)		
I18604009	POLIURETANO CAVIDADES 10 x 10 CM	Allevyn Cavity (Cx. = 5 u)		
I18604001	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 S/ REBORDO	Askina Transorbent/Askina Foam (Cx. = 10 u)		
I18604069	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Combiderm (Cx. = 10 u)		
I18604070	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Permafoam (Cx. = 6 u)		
I18604002	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Askina transorbent (Cx. = 5 u)		
I18604003	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x 20 cm	Allevyn Lite (Cx. = 10 u)		
I18604005	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL CALCANHAR	Allevyn Hell (Cx. = 5u)		
I18604076	PENSO PARA CALCANHAR TAM. ÚNICO	Mepilex Hell (Cx. = 5u)		
I18604007	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL SACRAL	Allevyn Sacrum/Askina Foam (Cx. = 5u)		
I18604073	PENSO ESPUMA SILICONE 10X10CM	Mepilex Border (Cx. = 5u)		
I18604075	PENSO SILICONE PARA FERIDA 7,5X10CM	Mepitel (Cx.= 10u)		
I18604074	PENSO ESPUMA SACRO 23X23CM	Mepilex Border Sacrum (Cx. = 5u)		

UNIDADE – PENSO (PARA TODOS OS ARTIGOS)

REGISTO DE CONSUMOS MATERIAL (VÁRIOS FARMÁCIA) POR PROGRAMA DA USSCCASTELO

PROGRAMA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	DATA /MÉS

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNIDADE	CONSUMO	TOTAL MENSAL
I15604002	ALCOOL 70° - 500 ML	FRS		
I15604015	BACITRACINA POMADA (Bacitracina)	BISN		
I15624001	BETAMETASONA 0,1% - 20 GR CREME (Cilestoderme)	BISN		
I15204012	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML	FRS		
I12404001	CLORETO DE SÓDIO NASAL 20 ML	FRS		
I15604005	CLORHEXIDINA SABÃO P/ MÃOS 500 ML (Lifo Scrub)	FRS		
I15608007	DIMETINDENO GEL (Fenistil Gel)	BISN		
I20404010	ÉTER ETÍLICO 1000 ML	FRS		
I11620003	HEPARINOIDE POMADA (Trombocid)	BISN		
I15604057	HIPOCLORITO SÓDIO 0,5% - 250ML (Soluto Dakin)	FRS		
I15604046	ODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 125 ML (Betadine)	FRS		
I15604009	ODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 500 ML (Betadine)	FRS		
I15604047	ODOPOVIDONA SOL. ESPUMA 125 ML (Betadine)	FRS		
I15604010	ODOPOVIDONA SOL. ESPUMA 500 ML (Betadine)	FRS		
I15608037	ÓLEO DE AMÊNDOAS DOCES 100/125/250 ML	FRS		
I15608008	ÓLEO DE AMÊNDOAS DOCES I L	FRS		
I15608004	ÓXIDO DE ZINCO COMPOSTO SUSPENSÃO DÉRMICA	EMB		
I15608005	ÓXIDO DE ZINCO COMPOSTO POMADA	BEM/FRS		
I10844009	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	COMP		
I10844010	PARACETAMOL 125 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
I10844011	PARACETAMOL 250 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
I10844012	PARACETAMOL 500 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
I10844013	PARACETAMOL 1000 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
I10844014	PARACETAMOL 200MG/5ML XAROPE - 85ML	FRS		
I15608001	PARAFINA COMPOSTA CREME (Dermisol)	BISN		
I15604023	PARAFINA COM LANOLINA (creme gordo)	BISN		
I18008009	PARAFINA LIQUIDA 1000 ML	FRS		
I15604056	PERÓXIDO DE HIDROGÉNIO 10v 250 ML (Água Oxigenada)	FRS		
I20408008	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE COLESTROL	EMB		
I20408013	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE NA URINA (Cx. = 100 u)	EMB		
I20408002	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE NO SANGUE (Aparelho Precision Xtra Plus) Cx.= 50 u	EMB		
I20420002	SABÃO LIQUIDO DERMOPROTECTOR 500 ML (Softaskin)	FRS		
I18016003	TRICLOSENO 2.5GR (Presept - Cx.= 100pastilhas)	PAST		
I15604050	VASELINA ESTERILIZADA AMPOLAS	AMP		
I15604051	VASELINA ESTERILIZADA POMADA 20 GR	BISN		
I15612003	VITAMINA A POMADA 30 GR (Halibut, Mytosil)	BISN		
I15612009	VITAMINA A POMADA 100 GR	BISN		
I18008002	ÁGUA BIDEUTILADA 10 ML	AMP		
I15604017	CLOTRIMAZOL 1% POMADA	BISN		

112412015	SALBUTAMOL SOL. RESPIRATÓRIA 0,5%	FRS/EMB		
115612007	AC. ESTEARICO COMPOSTO (Biafine)	BISN		
115604027	ÁC. FUSÍDICO 2% 15GR CREME/POMADA (Fucidine)	BISN		
118016014	DESINFECTANTE ALCOOLICO P/ SUPERFICIES - RECIPIENTE+TOALHETES (Spectrum)	EMB		
118016016	DESINFECTANTE ALCOOLICO P/ SUPERFICIES – RECARGAS (Spectrum)	EMB		
110808023	TETRACAÍNA COMPOSTA GEL (Lidocaína)	BISN		
118604061	COLANGENASE POMADA 30 GR (Ulcerase)	BISN		
114004007	IBUPROFENO 20MG/ML XAROPE FR 200ML	FRS		
115204038	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250 ML	FRS		
113608008	PREDNISOLONA 25 MG/1ML S EXT. AMP 1 ML	AMP		
115604060	SOL.ALCOOLICA(ETANOL+PROPANOL)/ANTISEPTICO/DERMOPRO TETOR FRS 500ML (Promanum)	FRS		
120408019	REAG P/ DETERMIN. COLESTROL E GLICOSE (APARELHO) + pipetas de colheita (Cx. = 25u)	EMB		
115604012	BENJOIM TINTURA 1L	FRS		
120420004	ÁGUA BIDESTILADA P/ IRRIGAÇÃO 500 ML C/ ROSCA Aqua B Braun	FRS		
115604011	IODOPOVIDONA 100 MG/G POMADA (Betadine Pomada)	BISN		
120408001	REAG.ANALISE SUMAR.URINA (10 PARAMETROS) Combur (Cx. = 100 u)	EMB		
	ADALAT 5 MG	COMP		
	CAPTOPRIL 25 MG	COMP		
	SOLUTO DE LUGOL 1L	FRS		
	ÁCIDO ACÉTICO A 3% 1L	FRS		
	LIDOCAÍNA 2% (Lidoject 2 %) SC/IM	AMP		
	FORMALDEÍDO 3,7 - 4% 1L	FRS		
	XILONIBSA SPRAY (ANESTÉSICO TÓPICO) - 50 ML	FRS		
	CELESTONE 0,5MG/ML SOL.ORAL	FRS		
	FUROSEMIDA 40 MG	COMP		
	CLEMASTINA 2M SOL. INJECTÁVEL	AMP		
	DIAZEPAM 2ML IM/EV	AMP		
	ADRENALINA 1MG/ML	AMP		
	BEBEGEL CÂNULA	BISN		
	ATROVENT PA 20 ug/DOSE	INAL		
	SALBUTAMOL GP 100 ug/DOSE	INAL		
	GLUCOSE 5% 500 ML	FRS		
	CREME ANTIPARASITÁRIO (NIX) PERMETHRIN 1%	FRS		

LEGENDA:

FRS – Frasco
 EMB – Embalagem
 BISN – Bisnaga
 BLIST – Blister
 AMP – Ampola
 COMP – Comprimido
 INAL - Inalador
 SUP- Supositório

REGISTO DE STOCK MATERIAL ARMAZÉM (APROVISIONAMENTO) POR PROGRAMA DA USSCCASTELO

ÁREA CLÍNICA/VALÊNCIA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	DATA /MES

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNID	VALIDADE	STOCK
1000002321	ADES. ANTI-ALÉRG. MICRO PERF.2,5cmx9,14m	ROLO		
1000001567	ADES. ANTI-ALÉRG.MICRO PERF. 5CMX9.1M	ROLO		
1000001671	ADESIVO ANTI-ALERG. SEDA ARTIF. 2,5CMX9,1M	ROLO		
1000003217	ADESIVO COMUM 5CM X 5M	ROLO		
1000001625	ADESIVO HIPOALÉRGICO IMPER. 5MX2,5CM	ROLO		
1000003219	ADESIVO NAO TECIDO 10CM X 10M	ROLO		
1000003220	ADESIVO NAO TECIDO 20CM X 10M	ROLO		
1000003218	ADESIVO NAO TECIDO 5CM X 10M	ROLO		
1000001628	AGULHAS DE DILUIÇÃO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003010	AGULHAS HIPODERMICAS 16/5 (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003009	AGULHAS HIPODERMICAS 25/6 (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003008	AGULHAS HIPODERMICAS 25/9 (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003007	AGULHAS HIPODERMICAS 40/8 (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003006	AGULHAS HIPODERMICAS 40/9 (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003011	AGULHAS HIPODERMICAS 50/8 «»21 G(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003092	ALGALIA FOLEY N 12 (Cx. =10 u)	UNID		
1000003093	ALGALIA FOLEY N 14(Cx. =10 u)	UNID		
1000003094	ALGALIA FOLEY N 16(Cx. =10 u)	UNID		
1000003095	ALGALIA FOLEY N 18(Cx. =10 u)	UNID		
1000003096	ALGALIA FOLEY N 20(Cx. =10 u)	UNID		
1000003097	ALGALIA FOLEY N 22(Cx. =10 u)	UNID		
1000003099	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº 12"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003100	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº 14"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003101	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº16"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003102	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº18"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003103	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº20"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003104	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº22"(Cx. =10 u)	UNID		
1000003105	ALGALIAS 100% SILICONE "Nº24(Cx. =10 u)	UNID		
1000003114	ALGODAO HIDROFILO 80G	EMB		
1000001570	AVENTAIS DISPOSABLE 125CMX80CM (Emb. =100u)	UNID		
1000003142	BATAS DE VISITANTE DISPOSABLE (Emb.=10u)	UNID		
1000003014	BISTURI DISPOSABLE EST. Nº10 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003019	BISTURIS DISP. EST. Nº 24 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003015	BISTURIS DISP. EST. Nº11 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003018	BISTURIS DISPOS. EST. Nº 23(Cx.= 10 u)	UNID		
1000003017	BISTURIS DISPOSABLE EST. Nº15 (Cx.= 10 u)	UNID		
1000003278	CAMPOS CIRURGICOS EST. 38 X 45 CM (Cx. =100 u)	UNID		
1000002985	CARTEIRAS CARTAO P/ CITOLOGIAS-2 LAMINA (GIN)	UNID		
1000003021	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 16 G	UNID		
1000003022	CATETER INFUSAO PERIFERICA Nº 18 G	UNID		

Gestão Materiais USSCC

1000003023	CATETER INFUSAO PERIFERICA N° 20 G	UNID		
1000003024	CATETER INFUSAO PERIFERICA N° 22 G	UNID		
1000003025	CATETER INFUSAO PERIFERICA N° 24 G	UNID		
1000003027	CLAMPS RAPIDOS P/ SONDAS / TUBOS	UNID		
1000002323	COLECTORES BIOLÓGICOS 5 L	UNID		
1000003226	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 15 X 20 CM	UNID		
1000003224	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 7,5 X 7,5 Cx.= 200u (10ux20pac.)	UNID		
1000003225	COMPRESSAS GAZE ESTERILIZADA 10 X 15 CM Cx.= 560u (10ux56pac.)	UNID		
1000004009	COMPRESSAS GAZE N/ESTERILIZADAS 10X20CM(Emb. 200u)	UNID		
1000003222	COMPRESSAS GAZE NAO ESTERILIZADA 10X15CM	UNID		
1000003221	COMPRESSAS GAZE NAO ESTERILIZADA 7,5X7,5(Emb. 100u)	UNID		
1000002343	CONTENTORES AGULHAS 1L	UNID		
1000001581	CONTENTORES P/ AGULHAS 2.000ML	UNID		
1000003846	CONTENTORES P/AGULHAS 0,25 L	UNID		
1000002987	ESCOVAS CERVICAIS ESTERILIZADAS	UNID		
1000003999	ESCOVAS CERVICAL N/ESTER. Cx. = 20sacos (25u)	UNID		
1000002995	ESPATULAS DE MADEIRA-(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003269	ESPC. AURICULAR ADULTO 4 MM (Emb.=100 u)	UNID		
1000002996	ESPEC.AURICULAR DISP. 2,5 MM PEDIÁTRICO (Emb.= 100 u)	UNID		
1000002991	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T. MEDIO	UNID		
1000002990	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T. PEQUENO	UNID		
1000002992	ESPECULOS VAGINAIS DISP. T.GRANDE	UNID		
1000001643	FITA DE SUTURA ADESIVA ESTERILIZ. 13X102MM (1 Cart.= 5 u)	CART		
1000001642	FITA DE SUTURA ADESIVA ESTERILIZ. 6,4X76MM (1 cart. 3/4 /5 u)	CART		
1000002325	FITA SUTURA ADESIVA EST. 4 X 76MM (1 Cart.= 5/3 u)	CART		
1000002993	FIXADOR LAMINAS CITOLOGIA-SPRAY---250ML	EMB		
1000004000	GEL P/AUSCULTAÇÃO FETAL 250 ML	FRS		
1000001648	LÂMINAS CANTO FOSCO/CITOLÓGICAS GIN	UNID		
1000003037	LANCETAS RECTRACTEIS DISPOSABLE (Cx. =100 u)	UNID		
1000001635	LANCETAS RETRACTEIS DISPOSABLE C/CANETA	UNID		
1000003120	LIGAD. ELAST. ALG. POLIAMIDA /10CM X 10M (Cx. = 12 u)	UNID		
1000003119	LIGAD. ELAST. ALG. POLIAMIDA /10CM X 4M (Cx. = 20 u)	UNID		
1000003847	LIGADURA FORTE CONTENÇÃO - ELASTICIDADE REDUZIDA 10CMX5M	UNID		
1000003277	LIGADURAS COLA DE ZINCO 10CM X 5M(Cx. =10 u)	UNID		
1000003118	LIGADURAS ELAST. ALG. POLIAMIDA 5CM X 4M (Cx. = 20 u)	UNID		
1000003122	LIGADURAS ELAST. CREPE ---10CM X 4M(Cx. =10 u)	UNID		
1000003123	LIGADURAS ELAST. CREPE ---15CM X 4M(Cx. =10 u)	UNID		
1000003127	LIGADURAS P/PROTECCAO ESCARAS 10CMX 2,7M (Emb.= 6 u)	UNID		
1000003128	LIGADURAS P/PROTECCAO ESCARAS 20CMX 2,7M (Emb.= 6 u)	UNID		
1000003152	LUVAS DE NITRILO ---T. GRANDE(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003151	LUVAS DE NITRILO ---T. MEDIO(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003150	LUVAS DE NITRILO ---T. PEQUENO(Cx. = 100 u)	UNID		

Gestão Materiais USSCC

1000003236	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº6,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003237	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº6,5 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003238	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº7,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003239	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº7,5 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000003240	LUVAS ESTERILIZADAS ---Nº8,0 (par) (Cx.= 50u)	UNID		
1000004001	LUVAS N/ESTERILIZADAS S/PÓ - T.EXTRA PEQ. (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003891	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. GRANDE (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003892	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. MEDIO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003893	LUVAS NAO ESTERILIZADAS S/ PÓ - T. PEQUENO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003146	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. EXTRA-PEQ(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003149	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. GRANDE(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003148	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. MEDIO(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003147	LUVAS NAO ESTERILIZADAS -T. PEQUENO(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003153	LUVAS PALHACO NAO ESTERILIZADAS – (Emb. = 100 u)	UNID		
1000003229	MALHA TUBULAR -----Nº 2 1,8cmX25m	ROLO		
1000003230	MALHA TUBULAR -----Nº 3 2,1cmX25m	ROLO		
1000003231	MALHA TUBULAR -----Nº 4 2,4cmX25m	ROLO		
1000003232	MALHA TUBULAR -----Nº 5 2,7cmX25m	ROLO		
1000003233	MALHA TUBULAR -----Nº 6 5,5cmX25m	ROLO		
1000003154	MANAPULAS USO UNICO	UNID		
1000003155	MASCARAS CIRURGICAS DISP. C/ATILHOS(Cx. = 50 u)	UNID		
1000003138	PENSO ADES. C/INTERCAMBIO GASES--- 6 X 7	UNID		
1000003139	PENSO ADES. C/INTERCAMBIO GASES--10 X 12	UNID		
1000004007	PENSO N/ADESIVO HIDRÓF.POLI.ESTR.20X20CM (Cx. =5u)	UNID		
1000003129	PENSOS ABSORV. CELULOSE ---10 X 20CM (Emb. = 25 u)	UNID		
1000003130	PENSOS ABSORV. CELULOSE ---15 X 20CM (Emb. = 25 u)	UNID		
1000003136	PENSOS ADESIVOS C/GRELHA MEDICAO-- 6 X 7	UNID		
1000003137	PENSOS ADESIVOS C/GRELHA MEDICAO-10X12	UNID		
1000003131	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST. --- 8 X 15	UNID		
1000003271	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST. 10CM X 20	UNID		
1000003133	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST.--- 10X 25C	UNID		
1000002324	PENSOS CIRURGICOS OCLUS. EST.7,2cm X 5cm	UNID		
1000001627	PENSOS PLÁSTICOS AEROSOL - BEM. 100ML	EMB		
1000001640	PENSOS SIMPLES EXTRA PEQUENOS (P. Rápidos)	UNID		
1000003135	PENSOS SIMPLES (P. Rápidos)	UNID		
1000003040	PINCAS DISPOS ESTERILIZADAS (Cx. =10 ou 50 u)	UNID		
1000002342	PLACAS P/PROTECÇÃO ESCARAS 17,5cmX17,5cm	UNID		
1000001668	PLACAS P/PROTECÇÃO ESCARAS 20X20	UNID		
1000003459	RESGUARDOS DESCARTAVEIS (cx:3x30=90)	UNID		
1000003268	RESGUARDOS USO UNICO 60 X 80 CM (Cx. = 340u)	UNID		
1000002073	ROLOS FIO SISAL	ROLO		
1000002521/3590	ROLOS PAPEL MARQUESA NÃO PLASTIFICADOS	ROLO		
1000002522/3591	ROLOS PAPEL MARQUESA PLASTIFICADOS	ROLO		
1000003106	SACOS COLECTORES URINA 1500ML (c/ disp. saída)	UNID		

Gestão Materiais USSCC

1000003107	SACOS COLECTORES URINA 2000ML	UNID		
1000003270	SACOS COLECTORES URINA P. PERNA 750 CC	UNID		
1000003043	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 10ML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003044	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 20ML(Cx. = 100 u)	UNID		
1000003041	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 2ML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003042	SERINGAS 2 PECAS DISP. EST. 5ML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003049	SERINGAS INSULINA C/AGULHA IML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003047	SERINGAS INSULINA S/AGULHA -IML (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003050	SERINGAS PALIMENTACAO "50/60 ML"	UNID		
1000004010	SET PENSOS ESTERILIZADOS (Cx. = 50u)	UNID		
1000003054	SISTEMAS ADMINISTRACAO SOROS "SIMPLES"	UNID		
1000003058	SONDAS DE ASPIRACAO ---N° 8	UNID		
1000003059	SONDAS DE ASPIRACAO ---N°12	UNID		
1000003071	SONDAS NASOGASTRICAS ---N20 (Cx. =10 u)	UNID		
1000003068	SONDAS NASO-GASTRICAS ---N°14 (Cx. =10 u)	UNID		
1000003069	SONDAS NASO-GASTRICAS ---N°16 (Cx. =10 u)	UNID		
1000003070	SONDAS NASO-GASTRICAS ---N°18 (Cx. =10 u)	UNID		
1000003993	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N° 14(Cx = 10 u)	UNID		
1000003901	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N°16 (Cx = 10 u)	UNID		
1000003902	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N°18 (Cx. = 10u)	UNID		
1000003903	SONDAS NASO-GASTRICAS SILICONE N°20	UNID		
1000003085	SONDAS VESICAIS FEMALLE-SENHORA-N° 12 (Cx.= 100 u)	UNID		
1000001641	SUPORTE PLÁSTICO P/SACOS COLECT. URINA	UNID		
1000003089	TAMPAS P/SONDAS NASOGASTRICAS	UNID		
1000002999	TERMOMETROS DIGITAIS	UNID		
1000001634	TIRA AGRAFES DISPOSABLE ESTERILIZADOS	UNID		
1000001638	TOALHETES DESINFECTANTES 30X20CM (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003255	TOALHETES HUMEDECIDOS HIPOALERGICOS	UNID		
1000002221	TOALHETES HUMEDECIDOS HIPOALERGICOS ADULTO	UNID		
1000003091	TRANSFERS USO UNICO--ESTERILIZADO (Cx. = 100 u)	UNID		
1000003110	URINARES ANTI-ALERGICOS "N° 4 «» 25MM" S	UNID		
1000003111	URINARES ANTI-ALERGICOS "N° 5 «» 30MM" M	UNID		
1000003112	URINARES ANTI-ALERGICOS "N° 6 «» 35MM" L	UNID		
1000001674	URINARES ANTI-ALÉRGICOS N.º5 29MM	UNID		
1000001678	URINARES ANTI-ALÉRGICOS N.º6 36MM	UNID		
1000002322	ZARAGATOAS N/ESTERELIZADAS- 200mm X 10mm	UNID		
1000002998	ZARAGATOAS SIMPLES EST.INDIV.	UNID		

LEGENDA: UNI – Unidade, ROLO – Rolo, EMB – Embalagem, FRS – Frasco, CART – Carteira

REGISTO DE STOCK MATERIAL DE PENSO (FARMÁCIA) POR PROGRAMA DA USSCCASTELO

ÁREA CLÍNICA/VALÊNCIA				
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		DATA /MÊS		
CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	NOME COMERCIAL	VALIDADE	STOCK
118604058	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 7,5 x 12 CM	Kaltostat (Cx. = 10)		
118604055	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Askina sorb (Cx. = 10 u)		
118604056	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Sorbalgon (Cx. = 10 u)		
118604067	ALGINATO PENSO ESTÉRIL - TIRAS 30 CM	Sorbalgon (Cx. = 3 u)		
118604027	ALGINATO GEL TUBOS 15 G	Askina gel (Cx.=5 u)		
118604025	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 5x 5 CM	Algisite M (Cx. = 10 u)		
118604066	ALGINATO PENSO ESTÉRIL 5x 5 CM	Sorbalgon (Cx. = 10 u)		
118604026	ALGINATO TIRAS 2,7 x 37 CM	Askina sorb(Cx.=10 u)		
118604068	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 5 x 5 CM	Hidrocoll (Cx. = 10 u)		
118604031	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Varihesive Gel Control/Hydrocoll (Cx. = 5 u)		
118604032	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Varihesive/Hidrocoll (Cx. = 5 u)		
118604033	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA PENSO ESTÉRIL 20 x 20 CM	Varihesive Gel Control (Cx. = 5 u)		
118604035	CARBOXIMETILCELULOSE PASTA 15 G	Askina Biofilm (Cx. = 5 u)		
118604062	CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Aquacel AG (Cx. = 10 u)		
118604071	CARBOXIMETILCELULOSE COM PRATA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Aquacel AG (Cx. = 10 u)		
118604024	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA SACRAL	Hidrocol I (Cx. = 5 u)		
118604023	CARBOXIMETILCELULOSE COMPOSTA CALCANHAR	Hidrocol I (Cx. = 10 u)		
118604034	CARBOXIMETILCELULOSE GEL 15 G	Varihesive Hidrogel (Cx. = 10 u)		
118604015	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 2 x 45 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)		
118604016	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 5 x 5 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)		
118604020	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Aquacel (Cx. = 10 u)		
118604021	CARBOXIMETILCELULOSE SÓDICA PENSO ESTÉRIL 15 x 15 CM	Aquacel (Cx. = 5 u)		
118604040	CARVAO ACTIVADO COM PRATA PENSO ESTÉRIL 10,5 x 10,5 CM	Actisorb Plus (Cx. = 10 u)		
118604041	CARVAO ACTIVADO COM PRATA PENSO ESTÉRIL 10,5 x 19 CM	Actisorb Plus (Cx. = 10 u)		
118604050/79	GAZE COM IODO 10 x 10 CM	Betadine (Cx. = 50 u)		
118604043	GAZE COM IODOFOROS PENSO ESTÉRIL IND. 5 x 5 CM	Inadine (Cx. = 25)		
118604042	GAZE GORDA COM CLORHEXIDINA PENSO ESTÉRIL IND. 5 x 5 CM	Bactigrás (Cx. = 50 u)		
118604047	GAZE GORDA NÃO ADERENTE DEDOS - T. médio	Adaptic (Cx. = 10 u)		
118604045	GAZE GORDA NÃO ADERENTE PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Grassolind/Paranet (Cx. = 10 u)		
118604046	GAZE GORDA NÃO ADERENTE PENSO ESTÉRIL IND. 10 x 20 CM	Grassolind (Cx. = 30 u)		
118604028	HIDROPOLIMERO PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Hydrosorb (Cx. = 5 u)		
118604030	HIDROPOLIMERO PENSO ESTÉRIL 20 x 20 CM	Hydrosorb (Cx. = 3 u)		
118604063	NANOCRISTALINO E PRATA PENSO ESTÉRIL 10 x 10 CM	Acticoat (1 Cx. = 12 u)		
118604064	NANOCRISTALINO E PRATA PENSO ESTÉRIL 10 x 20 CM	Acticoat (Cx. = 12 u)		

Gestão Materiais USSCC

118604013	POLIURETANO CAVIDADE TUBULAR 9 x 2,5 CM	Allevyn Cavity (Cx. = 10 u)		
118604065	POLIURETANO CAVIDADES 5 x 5 CM	Allevyn Cavity (Cx. = 10 u)		
118604009	POLIURETANO CAVIDADES 10 x 10 CM	Allevyn Cavity (Cx. = 5 u)		
118604001	POLIURETANO 10 x 10 S/ REBORDO	Askina Transorbent/Askina Foam (Cx. = 10 u)		
118604069	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Combiderm (Cx. = 10 u)		
118604070	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Permafoam (Cx. = 6 u)		
118604002	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x15 CM	Askina transorbent (Cx. = 5 u)		
118604003	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL 15 x 20 cm	Allevyn Lite (Cx. = 10 u)		
118604005	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL CALCANHAR	Allevyn Hell (Cx. = 5u)		
118604076	PENSO SILICONE CALCANHAR TAM. ÚNICO	Mepilex Hell (Cx. = 5u)		
118604007	POLIURETANO PENSO ESTÉRIL SACRAL	Allevyn Sacrum/Askina Foam		
118604073	PENSO ESPUMA SILICONE 10X10CM	Mepilex Border (Cx. = 5u)		
118604075	PENSO SILICONE PARA FERIDA 7,5X10CM	Mepitel (Cx.= 10u)		
118604074	PENSO ESPUMA SACRO 23X23CM	Mepilex Border Sacrum (Cx. = 5u)		

UNIDADE – PENSO (PARA TODOS OS ARTIGOS)

REGISTO DE STOCK MATERIAL (VÁRIOS FARMÁCIA) POR PROGRAMA DA USSCCASTELO

ÁREA CLÍNICA/VALÊNCIA	
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL	DATA /MÊS

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNIDADE	VALIDADE	STOCK
115604002	ALCOOL 70° - 500 ML	FRS		
115604015	BACITRACINA POMADA (Bacitracina)	BISN		
115624001	BETAMETASONA 0,1% - 20 GR CREME (Cilestoderme)	BISN		
115204012	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML	FRS		
112404001	CLORETO DE SÓDIO NASAL 20 ML	FRS		
115604005	CLORHEXIDINA SABÃO P/ MÃOS 500 ML (Lifo scrub)	FRS		
115608007	DIMETINDENO GEL (Fenistel Gel)	BISN		
120404010	ÉTER ETÍLICO 1000 ML	FRS		
111620003	HEPARINOIDE POMADA (Trombocid)	BISN		
115604057	HIPOCLORITO SÓDIO 0,5% - 250ML (Solutio Dakin)	FRS		
115604046	ODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 125 ML (Betadine)	FRS		
115604009	ODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 500 ML (Betadine)	FRS		
115604047	ODOPOVIDONA SOL. ESPUMA 125 ML (Betadine)	FRS		
115604010	ODOPOVIDONA SOL. ESPUMA 500 ML (Betadine)	FRS		
115608037	ÓLEO DE AMÊNDOAS DOCES 100/125/250 ML	FRS		
115608008	ÓLEO DE AMÊNDOAS DOCES 1 L	FRS		
115608004	ÓXIDO DE ZINCO COMPOSTO SUSPENSÃO DÉRMICA	EMB		
115608005	ÓXIDO DE ZINCO COMPOSTO POMADA	BEM/FRS		
110844009	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	COMP		
110844010	PARACETAMOL 125 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
110844011	PARACETAMOL 250 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
110844012	PARACETAMOL 500 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
110844013	PARACETAMOL 1000 MG SUPOSITÓRIO	SUP		
110844014	PARACETAMOL 200MG/5ML XAROPE - 85ML	FRS		
115608001	PARAFINA COMPOSTA CREME (Dermisol)	BISN		
115604023	PARAFINA COM LANOLINA (creme gordo)	BISN		
118008009	PARAFINA LIQUIDA 1000 ML	FRS		
115604056	PERÓXIDO DE HIDROGÉNIO 10v 250 ML(Água Oxigenada)	FRS		
120408008	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE COLESTROL	EMB		
120408013	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE NA URINA (Cx. = 100 u)	EMB		
120408002	REAG. P/ DETERMINAÇÃO DE GLUCOSE NO SANGUE (Aparelho) (Precision Xtra Plus) Cx.= 50 u	EMB		
120420002	SABÃO LIQUIDO DERMOPROTECTOR 500 ML (Softaskin)	FRS		
118016003	TRICLOSENO 2.5GR (Presept - Cx.= 100pastilhas)	PAST		
115604050	VASELINA ESTERILIZADA AMPOLAS	AMP		
115604051	VASELINA ESTERILIZADA POMADA 20 GR	BISN		
115612003	VITAMINA A POMADA 30 GR (Halibut, Mytosil)	BISN		
115612009	VITAMINA A POMADA 100 GR	BISN		
118008002	ÁGUA BIDEUTILADA 10 ML	AMP		
115604017	CLOTRIMAZOL 1% POMADA	BISN		

Gestão Materiais USSCC

112412015	SALBUTAMOL SOL. RESPIRATÓRIA 0,5%	FRS/EMB		
115612007	AC. ESTEARICO COMPOSTO (Biafine)	BISN		
115604027	ÁC. FUSÍDICO 2% 15GR CREME/POMADA (Fucidine)	BISN		
118016014	DESINFECTANTE ALCOOLICO P/ SUPERFICIES - RECIPIENTE+TOALHETES (Spectrum)	EMB		
118016016	DESINFECTANTE ALCOOLICO P/ SUPERFICIES – RECARGAS (Spectrum)	EMB		
110808023	TETRACAÍNA COMPOSTA GEL (Lidocaína)	BISN		
118604061	COLANGENASE POMADA 30 GR (Ulcerase)	BISN		
114004007	IBUPROFENO 20MG/ML XAROPE FR 200ML	FRS		
115204038	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250 ML	FRS		
113608008	PREDNISOLONA 25 MG/1ML S EXT. AMP 1 ML	AMP		
115604060	SOL.ALCOOLICA(ETANOL+PROPANOL)/ANTISEPTICO/DERMOPRO TETOR FRS 500ML (Promanum)	FRS		
120408019	REAG P/ DETERMIN. COLESTROL E GLICOSE (APARELHO) + pipetas de colheita Cx. = 25u	EMB		
115604012	BENJOIM TINTURA 1L	FRS		
120420004	ÁGUA BIDESTILADA P/ IRRIGAÇÃO 500 ML C/ ROSCA Aqua B Braun	FRS		
115604011	IODOPOVIDONA 100 MG/G POMADA (Betadine Pomada)	BISN		
120408001	REAG.ANALISE SUMAR.URINA (10 PARAMETROS) Combur Cx. = 100 u	EMB		
	ADALAT 5 MG	COMP		
	CAPTOPRIL 25 MG	COMP		
	SOLUTO DE LUGOL 1L	FRS		
	ÁCIDO ACÉTICO A 3% 1L	FRS		
	LIDOCAÍNA 2% (Lidoject 2 %) SC/IM	AMP		
	FORMALDEÍDO 3,7 - 4% 1L	FRS		
	XILONIBSA SPRAY (ANESTÉSICO TÓPICO) - 50 ML	FRS		
	CELESTONE 0,5MG/ML SOL.ORAL	FRS		
	FUROSEMIDA 40 MG	COMP		
	CLEMASTINA 2M SOL. INJECTÁVEL	AMP		
	DIAZEPAM 2ML IM/EV	AMP		
	ADRENALINA 1MG/ML	AMP		
	BEBEGEL CÂNULA	BISN		
	ATROVENT PA 20 ug/DOSE	INAL		
	SALBUTAMOL GP 100 ug/DOSE	INAL		
	GLUCOSE 5% 500 ML	FRS		
	CREME ANTIPARASITÁRIO (NIX) PERMETHRIN 1%	FRS		

LEGENDA:

FRS – Frasco
 EMB – Embalagem
 BISN – Bisnaga
 BLIST – Blister
 AMP – Ampola
 COMP – Comprimido
 SUP- Supositório

ANEXO 8 – Folha de cálculo (*Excel*) de pedido de material mensal a realizar na USSCC.

Encomendas USCastelo Armazém - Microsoft Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNIDADE	Nível de Stock adaptado	Stock Inicial	Programas					Stock Actual	Encomenda	Recebido
2						SIJ	SM	SAI	AD	ST			
3	1000002321	ADES. ANTI-ALÉRG. M	ROLO	1	3						3	0	1
4	1000001567	ADES. ANTI-ALÉRG. M	ROLO	1									
5	1000001671	ADESIVO ANTI-ALER	ROLO	0									
6	1000003217	ADESIVO COMUM 5C	ROLO	6									
7	1000001625	ADESIVO HIPOALÉRG	ROLO	0									
8	1000003219	ADESIVO NAO TECID	ROLO	12									
9	1000003220	ADESIVO NAO TECID	ROLO	4									
10	1000003218	ADESIVO NAO TECID	ROLO	6									
11	1000001628	AGULHAS DE DILUIÇ	UNID	30									
12	1000003010	AGULHAS HIPODERM	UNID	30									
13	1000003009	AGULHAS HIPODERM	UNID	30									
14	1000003008	AGULHAS HIPODERM	UNID	10									
15	1000003007	AGULHAS HIPODERM	UNID	60									

Farmácia Julho 2010 Farmácia Agosto 2010 Farmácia Setembro 2010 Farmácia Outubro 2010 Farmácia N

1. Folha Cálculo de encomenda mensal da USSCC para o Armazém.

Encomendas USCastelo Farmácia - Microsoft Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	UNIDADE	Nível de Stock adaptado	Stock Inicial	Programas					Stock Actual	Encomenda	Recebido
2						SIJ	SM	SAI	AD	ST			
3	115604002	ALCOOL 70º - 500 ML	FRS	4	4						4	0	
4	115604015	BACITRACINA POMADA	BISN	8									
5	115624001	BETAMETASONA 0,1% - 20 GR CRE	BISN	8									
6	115204012	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML	FRS	30									
7	112404001	CLORETO DE SÓDIO NASAL 20 ML	FRS	30									
8	115604005	CLORHEXIDINA SABÃO P/ MÃOS 5	FRS	4									
9	115608007	DIMETINDENO GEL (Fenistil Gel)	BISN	5									
10	120404010	ÉTER ETÍLICO 1000 ML	FRS	2									
11		ÉTER ETÍLICO 100 ML		0									
12	111620003	HEPARINOIDE POMADA (Trombo	BISN	8									
13	115604057	HIPOCLORITO SÓDIO 0,5% - 250M	FRS	2									
14	115604046	IODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 1	FRS	3									
15	115604009	IODOPOVIDONA SOL. DÉRMICA 5	FRS	0									

Farmácia Julho 2010 Farmácia Agosto 2010 Farmácia Setembro 2010 Farmácia Outubro 2010 Farmácia N

2. Folha Cálculo de encomenda mensal da USSCC para a Farmácia.

ANEXO 9 – Proposta de norma de procedimento para o registo e controlo das validades

PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTO PARA REGISTO DAS VALIDADES DE MATERIAIS DA USSCC:

Em cada folha, que corresponde a cada mês do ano, registam-se os artigos que terminam validade nesse mês.

O registo das validades dos materiais provenientes da Farmácia e do Aprovisionamento, é realizado na recepção do material na USSCC, pela(s) Sra. Assistente Operacional Maria Alice e/ou Elisabete, sob supervisão do Enf. Rodrigo Ramos (Coordenador da USSCC).

Uma vez o seu registo instituído, as validades devem ser analisadas pelo Enf. Coordenador da USSCC, com 5 meses de antecedência, prevendo-se de acordo com o perfil de consumos da unidade, se há necessidade de redistribuição dos recursos ou devolução atempada aos serviços fornecedores.

É NECESSÁRIO:

- Confirmar com a Farmácia e o Armazém com que antecedência aceitam devoluções de artigos com prazo de validade a acabar, de forma a antecipar essa necessidade.

ANEXO 10 – Acção de formação sobre Gestão de Materiais

SANTA CASA



Gestão de materiais/stocks USSCC



Marta Moura Junho 2010

SANTA CASA




Porquê a GM/Stocks?

Estágio Enf. Comunitária
 Módulo I - Diagnóstico de Situação (19/4-18/6)
 Módulo II - Projecto de Intervenção (27/09-19/11)

DSP - SCML 2010
 Obj. Estratégico
 "Promover o crescimento da actividade mediante a utilização criteriosa de meios, controlando o crescimento dos custos (pessoal, fornecimentos e serviços externos), por forma a manter o custo total por utente"
 Obj. Operacionais:
 "Implementar processo de logísticos de suporte, para análise do consumo de material clínico em 70% Lares e Eq. SADI"

Gestão de materiais/stocks USSCC

SANTA CASA



Gestão em Saúde

Gestão em saúde - articula e integra a forma/processo de acordo com as necessidades


- Técnica
- Política
- Comunicativa
- De desenvolvimento de cidadania

4 Dimensões

ALMEIDA e tal. (1994, citado por FELLI, 2005)

Gestão de materiais/stocks USSCC

SANTA CASA



Enfermagem:


O trabalho de enfermagem desenvolveu-se em 3 sentidos:

- o cuidado ao doente (técnicas),
- o ambiente terapêutico (ar, limpeza, higiene, luz, materiais...),
- os enfermeiros.

GOMES et al. (1997)

Gestão de materiais/stocks USSCC

SANTA CASA




Papel do Enfermeiro?

Responsabilidade da Enfermagem
 "utilização optimizada dos recursos, com especial relevo para o controlo dos consumos" (Dec.-Lei n.º 188/2003)

Saber o perfil de consumos de materiais da sua unidade (mat. de consumo, fárm. e est.)

Gestão de materiais/stocks USSCC

SANTA CASA



Papel do Enfermeiro?

Deve envolver-se no processo de compra, controle e avaliação com a finalidade de garantir:

- Qualidade
- Eficácia

Cuidados de Enfermagem

Gestão de materiais/stocks USSCC

Gestão de materiais/stocks:

MATERIAIS:
São uma parcela importante do orçamento das organizações


A sua **gestão** consome tempo aos técnicos e recursos financeiros.
CASTILHO e ta.(2001)

- OBJ: disponibilizar os recursos necessários à produção com qualidade, na quantidade e tempo certos e ao menor custo
NETO e FILHO (1998)

Stock pode ser definido com "o conjunto de unidades de cada artigo que constitui determinada reserva aguardando satisfazer uma futura necessidade de consumo"
REIS (2008)

Gestão de materiais/stocks USSCC

A Evolução ...

Tendência Actual 

Centralização F/A

Registo Informatizado

A gestão a nível central depende de um real e eficaz controlo de stocks periféricos a nível das unidades/serviços.

Gestão de materiais/stocks USSCC

Metodologia:

- P.B. e Análise documental (6M),
- Reuniões e validação com Enf. Gestor,
- Bases dados Excel (art./temp.),
- Registos (stocks/cons./valid.).

Gestão de materiais/stocks USSCC

Como se prevê os materiais necessários?



- $QM = CMM + SS$
- $SS = 10 \text{ a } 20\% \text{ do } CMM + CTR$
- $CTR = CMM / 30 \times N$
- $PR = CM \times TR + SS$

CASTILHO E GOMÇALVES (2005)

Serviços Centrais e HOSA



APROVISIONAMENTO ↔ FARMÁCIA

USSCCASTELO


Gestão de materiais/stocks USSCC

Locais de armazenamento USSCC:

3.º Piso	A.D.	
2.º Piso	Outros	
1.º Piso	S. Adulto/Idoso	
R/C	Secretaria/ST	
Cave	S. Infantil	

Sugestões e contributos:



Gestão de materiais/stocks USSCC




Referências Bibliográficas:

- Lopes dos Reis, Rui – Manual de Gestão de Stocks, teoria e prática – 2ª edição, Lisboa Março 2008: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-3307-8.
- Kurogami, Paulina (coordenadora), autoras Tronchin Daisy et al. - Gerenciamento em Enfermagem, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 ISBN 85-277-1029.
- Araújo, Aurora; Bernardo, Ana Paula et al. – A gestão de stocks nas unidades de saúde, Enfermagem Oncológica Ano 6 N.º 22 Abril 2002 – Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica. ISSN 0873-5689.
- Gonçalves, Antínia; Fernandes, Jorge - O Enfermeiro e a Gestão de Stocks nos Serviços – Revista Portuguesa de Enfermagem n.º 7 Julho, Agosto, Setembro 2006. Instituto de Formação em Enfermagem (pág. 57-61) ISSN: 0873-1586.
- Carvalho, Telmo; Esteves, Henrique; Lima, Pedro – Gestão de Stocks Clínicos na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica (UCIMC) do Hospital Pulido Valente, EPE - Boletim do Hospital Pulido Valente n.º 1 Janeiro/Março 2008 Ano XXI Vol. XXI, publicação trimestral, ISSN: 0670-8363.

Gestão de materiais/stocks USSCC

Obrigada

ANEXO 11 – Cartaz da Acção de Formação sobre Gestão de Materiais

Acção de Formação/Reunião

Gestão de Materiais/Stocks na USSCC



População alvo: Equipa de Enfermagem USSCC

Dia 7/06/2010 às 14H no 3º Piso USSCC

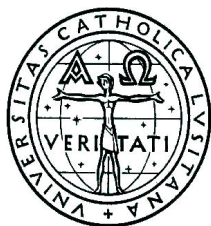
Marta Mouro - Enfermeira
(Aluna Mestrado de Enfermagem Comunitária da UCP)

**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



ANEXO 12 – Projecto da Gestão da Diabetes – Empowerment, pela criação de uma Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes

UNIDADE DE SAÚDE SANTA CASA CASTELO



CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

Lisboa, Setembro 2010

“Os doentes querem saber tanta informação quanto possível, mesmo que se trate de más notícias”

LEY (citado por CAMARNEIRO, 2002)

SIGLAS:

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

UCP – Universidade Católica Portuguesa

US – Unidade de Saúde

USSCC – Unidade de Saúde Santa Casa Castelo

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO	
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1.1 – A Diabetes Mellitus.....	
1.2 - Intervenção na Diabetes.....	
1.3 – A USSCC da SCML.....	
2 – APRESENTAÇÃO DO PROJECTO	
2.1 – População-alvo	
2.2 – Horizonte Temporal.....	
2.3 – Objectivos	
2.4 - Estratégias e Actividades.....	
2.4 - Metodologia.....	
2.5 - Instrumentos criados:	
2.5 - Previsão dos recursos.....	
2.6 - Avaliação.....	
2.6 - Previsão dos recursos	
2.7 - Avaliação.....	
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	

0 – INTRODUÇÃO

Este projecto surge no âmbito do Mestrado de Natureza Profissionalizante em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e vai de encontro às necessidades sentidas e expressadas pelas enfermeiras da Consulta do Adulto e Idoso da Unidade de Saúde Santa Casa Castelo da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Pretende-se desenvolver e aprofundar competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na prática através de uma avaliação e diagnóstico de necessidades prévia e da elaboração de um projecto de intervenção local, em contexto clínico.

A escolha da área de intervenção sobre o utente adulto diabético prende-se não só com interesses pessoais e profissionais, mas também com uma necessidade expressada pela Equipa de Enfermagem – tendo sentido até aqui alguma dificuldade em projectar e operacionalizar uma Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes por contingências de tempo e recursos humanos limitados. Deste modo, este projecto visa a criação de uma Consulta de Enfermagem específica ao Doente Diabético, com a colaboração e o empenho das Enfermeiras Cátia Silva e Carmo Silva e do Enfermeiro Coordenador da Unidade de Saúde – Enf.º Rodrigo Ramos.

A maioria dos Modelos de Enfermagem defende a parceria, a capacidade de ensinar, motivar, comunicar, assim como uma compreensão de psicologia e sociologia, como as técnicas e conhecimentos que os enfermeiros têm de desenvolver para a prática de enfermagem. Pois os indivíduos têm o direito de serem envolvidos nas tomadas de decisões esclarecidas sobre si e sobre o seu futuro.

Para OREM, na sua Teoria do Deficit do Auto-cuidado, define Auto-Cuidado como “uma função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios (ou alguém que execute por eles) para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.” (TOMEY e ALLIGOOD, 2002, p.218). Para esta autora, o cliente tem o direito de ser implicado na escolha do que lhe vai acontecer, a liberdade de identificar as suas próprias necessidades e de decidir como estas vão ser satisfeitas.

KING (TOMEY e ALLIGOOD, 2002) propôs a Teoria de Consecução de Objectivos para descrever a natureza das interacções enfermeira-doente que conduzem à concretização de objectivos. Assumindo que, através das transacções ocorridas os objectivos são atingidos o que resulta na satisfação do doente e na eficácia dos cuidados de enfermagem, com tradução em crescimento e desenvolvimento. Reconhece a necessidade de competências de comunicação nos enfermeiros, de forma a serem estabelecidos objectivos mútuos – aqui já presente uma noção de parceria e envolvimento do doente nos objectivos do tratamento.

Este trabalho divide-se em 4 partes: a Introdução; o Enquadramento Teórico; a Apresentação do Projecto; as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas – seguindo-se os Anexos.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), o mundo enfrenta um aumento massivo nos níveis de morte e incapacidade provocados pelas doenças crónicas, sendo cada vez mais afectadas pessoas em idade laboral (população activa), seguindo um gradiente social em que quanto mais baixa a posição sócio-económica, maior o impacto na saúde. “O impacto, em rápido crescimento, destas doenças está a afectar desproporcionalmente as populações pobres e desfavorecidas, contribuindo para alargar o fosso entre e dentro dos países, em termos de Saúde” (OMS, 2008)²⁸.

A causa deste aumento prende-se com vasto leque de factores globais, nacionais e locais incluindo a urbanização e globalização económica, medidas políticas e sociais, injustiça social e o envelhecimento das populações.

Existe ainda, um aumento da prevalência dos principais factores de risco modificáveis como: o tabagismo, má alimentação, falta de exercício físico, uso excessivo do álcool, práticas sexuais não seguras e má gestão do stress psicossocial. Estes promovem factores de risco intermédios como o aumento da pressão arterial, glicemia, colesterol e obesidade, resultando em doença cardiovascular, cerebrovasculares, doença respiratória crónica, diabetes e alguns tipos de cancro.

A OMS define as doenças crónicas como “doenças de duração prolongada e progressão lenta” que exigem tratamento continuado ao longo de anos ou décadas (OMS, 2002)²⁹.

A pobreza está intimamente relacionada com a doença crónica e os respectivos factores de risco. Mas, devido a uma desigualdade interna crescente nos países, os pobres nos países de rendimentos elevados podem ter condições e oportunidades de saúde significativamente piores, do que os ricos nos países de rendimentos baixos (OMS, 2008).

As doenças crónicas resultam em custos humanos sociais e económicos elevados, impedindo os indivíduos e as comunidades de atingir o seu potencial, além de

²⁸ In Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Abril de 2010 ISBN: 978-989-96021-9-9.

²⁹ Idem

roubarem às pessoas o seu futuro. Apesar de ser difícil quantificar os seus custos, pode-se prever tempo perdido em casa, no trabalho (na escola ou no laser) o que resulta necessariamente em qualidade de vida reduzida, níveis de pobreza aumentados para indivíduos e famílias e menor produtividade nas empresas. Além dos custos para o indivíduo e/ou para o Sistema de Saúde - em diagnóstico, cuidados e tratamento da doença e suas complicações, que podem ser muitas vezes prevenidas.

De acordo com o modelo de gestão de cuidados na doença crónica³⁰, a essência reside na interação de um doente informado e participativo capaz de gerir a sua doença e uma equipa de profissionais preparada, motivada e proactiva que apoia o doente e tem os recursos necessários à prestação de cuidados de alta qualidade.

Este modelo baseia-se em 6 elementos inter-relacionados, em que os enfermeiros desempenham um papel fundamental:

1. Relação doente-prestador de cuidados;
2. Estrutura do sistema de prestação de cuidados;
3. Apoio à decisão;
4. Sistemas de informação;
5. Recursos na comunidade;
6. Organização dos cuidados de saúde.

É importante que os profissionais de saúde compreendam a dimensão do problema e o seu desafio urgente, de forma a actuarem no sentido da promoção da saúde, prevenção da doença e na prestação de cuidados, tratamento adequado e prevenção de complicações a quem precisa. Os enfermeiros estão numa posição privilegiada para darem um contributo importante na prevenção e tratamento das doenças crónicas.

³⁰ In Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Abril de 2010 ISBN: 978-989-96021-9-9.

Segundo BISCHOFF et al. (2009)³¹ “...os enfermeiros devem estar bem preparados para assumir o desafio epidemiológico de dar resposta à epidemia mundial de quadros crónicos”, sendo estes os profissionais a chave para a implementação do modelo de cuidados na doença crónica, numa equipa centrada no doente.

1.1 – A Diabetes Mellitus

Segundo a Federação Internacional da Diabetes “A Diabetes é a principal causa de perda parcial de visão e cegueira em adultos nos países desenvolvidos. É responsável pela maioria das amputações de membros que não são resultado de acidente. As pessoas com diabetes têm muito maior probabilidade de ter um ataque cardíaco ou um AVC. As pessoas com diabetes têm maior risco de desenvolver doença renal.”³²

Factos e números em relação à dimensão do problema da diabetes (OMS, 2009)³³:

- Existem mais de 180 milhões de pessoas em todo o mundo com diabetes, sendo provável que este valor duplique até 2030.
- Estima-se que 1,1 milhões de pessoas tenham morrido devido a diabetes em 2005.
- Cerca de metade das mortes devido à diabetes ocorrem em indivíduos com menos de 70 anos.
- Cerca de 55% das mortes provocadas pela diabetes, são em mulheres.
- Prevê-se que as mortes causadas por diabetes aumentem mais de 50% nos próximos 10 anos, se não forem tomadas medidas urgentes.
- Prevê-se que as mortes causadas por diabetes aumentem mais de 80% nos países de rendimentos elevados-intermédios entre 2006 e 2015.
- A cada dez segundos, morre uma pessoa devido a causas relacionadas com diabetes.

³¹ In Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Abril de 2010 ISBN: 978-989-96021-9-9.

³² Idem

³³ Idem

- A cada dez segundos, duas pessoas desenvolvem diabetes.
- A diabetes é a quarta principal causa global de morte por doença.

A actualidade e pertinência do tema são mantidas pelos últimos dados do PREVIADAB 2009 – estudo da prevalência da Diabetes em Portugal, que coloca Portugal no ranking dos países com maior prevalência da doença (NUNES, 2010, p. ix).

Deste estudo temos que a prevalência da diabetes verificada para a população portuguesa foi de **11,7%**. Existindo diferenças significativas entre os homens, **14,2%** e as mulheres, **9,5%**.

Dos inquiridos apenas tinham diagnóstico prévio **6,6%** e **5,1 %** das pessoas não sabiam que tinham diabetes.

Por grupos etários verificou-se uma prevalência de diabetes de 2,4% entre os 20 e os 39 anos, 12,6% entre os 40 e os 59 anos e 26,3% entre os 60 e os 79 anos.

Em números totais o Estudo aponta para a existência de **905.035** portugueses entre os 20 e os 79 anos com diabetes, dos quais **395.134 (43,6% do total)** não sabem que são portadores desta doença crónica.

Com “Pré-Diabetes” foi encontrada uma percentagem de **23,2%** entre os 20 e 79 anos, o que corresponde a **1.782.663 pessoas com “Pré-Diabetes”**.

Cerca de 34,9% da população portuguesa, entre os 20 e os 79 anos (2.687.698 portugueses), sofrem de diabetes ou de “pré-diabetes”.

Os Açores aparecem com os valores regionais mais elevados do país com uma prevalência de **14,3% (9,2% com diabetes diagnosticada e 5,1% com diabetes não diagnosticada)**.

1.2 - Intervenção na Diabetes

A prevenção primária é dirigida à identificação e intervenção nos indivíduos em risco de desenvolver a doença, no sentido de reduzir o aumento de novos casos e consequentemente de complicações da doença. Consiste essencialmente em

alterações de estilo de vida no sentido de hábitos saudáveis como o controlo do peso e o aumento da actividade física. A prevenção secundária inclui a detecção precoce e a prevenção de complicações, reduzindo a necessidade e os gastos com o tratamento.

Respondendo a prevenção terciária, à necessidade de reabilitação e reinserção social dos doentes – pela sua autonomia a gerir a doença dependente da qualidade dos cuidados prestados.

Existem actualmente evidências de que o controlo efectivo dos níveis de glicose pode retardar o curso da doença e reduzir substancialmente o desenvolvimento de complicações, assim como o controlo da pressão arterial e dos níveis elevados de lípidos no sangue. Um estudo recente dos EUA sugere uma regressão da pré-diabetes em indivíduos que conseguiram níveis de glicose normais através da modificação intensiva do estilo de vida e perda de peso (Perreault et al., 2009)³⁴.

Segundo as orientações para os CSP no Reino Unido a gestão da diabetes tipo 2 inclui³⁵:

- ✓ Cuidados centrados no doente tendo em conta as suas preferências e necessidades individuais, a comunicação é determinante para que possam tomar decisões informadas.
- ✓ Educação estruturada e fornecida aos doentes na altura do diagnóstico e ser alvo de revisões periódicas anuais, poderá ser preferencialmente em grupo. Todos os profissionais devem estar familiarizados com o conteúdo, as mensagens-chave e os instrumentos de auto-gestão.
- ✓ Aconselhamento nutricional baseado nos princípios de uma alimentação saudável e da protecção do risco cardiovascular. Devendo-se incentivar o consumo de fruta, vegetais, cereais integrais e leguminosas, além de lacticínios com baixo teor de gordura e peixes gordos. Do mesmo modo que contrariar o

³⁴ In Servir a comunidade e garantir a qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Abril de 2010 ISBN: 978-989-96021-9-9.

³⁵ Idem

consumo de alimentos que contenham ácidos gordos “trans” ou saturados, bem como desincentivar os alimentos publicitados para diabéticos.

- ✓ Controlo da pressão arterial para valores < 140/80 mmHg para os diabéticos tipo2 ou < 130/80 mmHg para doentes com lesões renais, oculares ou cerebrovasculares.

- ✓ Avaliação do controlo da glicose recomendando-se um valor alvo de HbA1c de 6,5%, para redução do risco micro vascular. Embora qualquer redução neste sentido é considerada benéfica. Dependendo de cada caso, poderá pretender-se um nível mais elevado por risco de hipoglicemia.

- ✓ Auto-monitorização da glicemia deve ser incentivada em todos os doentes, especialmente os recém-diagnosticados. Devem ser capazes de interpretar resultados e actuar em conformidade nas alterações identificadas.

- ✓ Gestão dos lípidos no sentido do controlo do risco cardiovascular.

SOUSA et al. (2008), contextualizam a diabetes como doença de tratamento complexo pois envolve alterações comportamentais e de estilos de vida. Referem-se à tríade terapêutica que envolve, para além da medicação, a alimentação e o exercício físico – apontando a importância da auto-gestão da doença pelo doente. Apoiam-se em estudos anteriores, que apontam no sentido (uma taxa elevada de) da não adesão ao regime terapêutico pela sua complexidade e pela necessária alteração de comportamentos.

Definem adesão como uma volição (isto é, acto ou potência de querer), uma “...acção auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime terapêutico, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequente mente associado ao apoio

da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) ” ICN – 2005 (citado por SOUSA et al., 2008, p. 60).

As variáveis relacionadas com a adesão que incluem: características da doença e do tratamento como a complexidade do tratamento ou a duração da doença; factor intrapessoais, que incluem características da personalidade, sexo, idade, auto-estima e auto-eficácia; factores interpessoais onde se insere a relação com o profissional de saúde e acesso aos cuidados de saúde e o suporte familiar; e factores ambientais.

Enfatizam o papel fundamental do profissional de saúde, fundamentando com referência a estudos que indicam que a interacção profissional/utente pode afectar significativamente os comportamentos de auto cuidado. Contrariando a exclusiva responsabilidade do utente na não adesão ao tratamento, que passa por uma interacção entre ambos, centrada no doente, no sentido de uma relação positiva que traduza interesse e consideração (SOUSA et al., 2008, p.61).

O *Modelo da Hipótese Cognitiva de Adesão de LEY*, modelo comunicacional que defende a influência da combinação de variáveis presentes na consulta, na adesão ao regime terapêutico. Variáveis essas relacionadas com a forma como é transmitida a informação.

As autoras identificam a consulta de enfermagem como um momento privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, para traçar em parceria, um plano de cuidados individualizado, facilitador da adesão terapêutica. Sugerem o investimento na explicação dos direitos e deveres dos doentes no contexto, bem como a necessidade de proporcionar informação escrita.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (DGS, 2008) tem como objectivos a gestão integrada de diabetes, a redução da prevalência da doença, atrasar o início das complicações *major* (DCV, Nefropatia, Neuropatia, Amputação e Retinopatia) e a sua prevalência, e reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes. Tem como alvo as pessoas com diabetes, as mulheres grávidas e a população em risco de desenvolver diabetes. As suas estratégias incluem não só a intervenção, como a formação, divulgação de informação e a colheita e análise de informação e dados epidemiológicos.

I.3 – A USSCC da SCML

A Direcção de Saúde de Proximidade está à frente dos Serviços de Saúde da SCML sendo a sua missão a prestação de cuidados de saúde à população carenciada da Cidade de Lisboa nas vertentes preventiva, curativa e de reabilitação, nas áreas dos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados.

A **Saúde de Proximidade** desenvolve a sua actividade no âmbito da Saúde Comunitária, abrangendo de forma global e integrada todo o ciclo de vida do indivíduo. Através de uma rede de Unidades e Extensões de Saúde, a Saúde de Proximidade desenvolve a sua acção em estreita colaboração com a Direcção de Acção Social, em complementaridade com outro tipo de estruturas existentes na comunidade, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde.

Tem como filosofia a proximidade do utente inserido numa comunidade, durante todo o seu ciclo de vida, , disponibilizando cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade. Os seus Objectivos incluem:

- Promover a saúde e prevenir a doença, especialmente através da educação para a saúde;
- Prestar cuidados de saúde primários e diferenciados, em ambulatório ou no domicílio;
- Actuar de forma globalizante e integrada, tendo em conta os diferentes níveis de resposta em Saúde da Santa Casa;
- Promover a articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

Os Serviços de Saúde Santa Casa incluem seis Unidades de Saúde e três Extensões de Saúde dispersas pela cidade, duas unidades móveis (inactivas de momento), um programa para jovens, dois hospitais (Hospital Ortopédico de Sant'Ana e Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão), uma Escola Superior de Saúde (Alcoitão) e de um Centro de Avaliação Geriátrica e de Recursos Gerontológicos.

A **Unidade de Saúde Santa Casa Castelo**, situada num edifício doado à Santa Casa com a finalidade de servir a criança, foi inaugurada em 8 de Julho de 1959, com o atendimento a grávidas e crianças.

Em 1967, foi transferida provisoriamente para a Consulta de ortopedia da SCML, por ameaçar ruir. Depois de ter passado pela casa apalaçada no Largo do Salvador e pela Junta de Freguesia na Rua da Madalena (durante as obras de restauro) até Março de 1985, altura em que regressou ao edifício actual. Nessa altura, passaram a desenvolver-se novas actividades nas áreas de: Saúde Infantil; Obstetrícia; Planeamento Familiar; Clínica Médica para Idosos (1987) e Ginecologia (1988).

Em Maio de 1990 a área de atendimento a idosos foi transferida para o Edifício do Amparo (Mouraria), sendo as crianças que ao mesmo se dirigiam encaminhadas para a Unidade do Castelo, funcionando ambos como um só Centro de Saúde. Em 1992, as consultas de adultos/idosos voltam a funcionar no edifício actual, entrando igualmente em funcionamento a consulta de adolescentes (dos 14 aos 18 anos).

Em 2000, esta Unidade acolheu um dos Pólos de Enfermagem de Apoio Domiciliário que, ao ser transferido para outro local em 2004, deu lugar à instalação e abertura do Projecto WWW Saúde Jovem, que viria mais tarde a ser transferido para a Rua do Sol a Chelas.

Localizada num dos típicos bairros da cidade de Lisboa, junto ao Castelo de S. Jorge, com uma magnífica vista do alto sobre o Rio Tejo e a baixa Pombalina, adoptou o lema “Olhamos para e pela Cidade”, abrangendo actualmente, um total de 26 Freguesias (Castelo, Coração de Jesus, Encarnação, Madalena, Mártires, Mercês, Pena, S. José, S. Mamede, S. Miguel, S. Nicolau, S. Paulo, S. Vicente de Fora, Socorro, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, Sé, S. Cristóvão e S. Lourenço, Anjos, Graça, Penha de França, S. Jorge de Arroios), em conjunto com a Extensão Natália Correia:

Aberto todos os dias úteis das 8h às 18h, todos os dias úteis. Inclui os programas de: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde do Adulto e Idoso; Planeamento Familiar/Saúde Materna/Ginecologia e Obstetrícia; Saúde Mental – Adultos e Apoio Domiciliário. Além de Consultas Psicologia e de Nutrição (recentemente transferidas para outra Unidade de Saúde).

No **Programa de Saúde do Adulto e Idoso** são realizadas consultas de enfermagem e consultas médicas precedidas de pré-consulta de Enfermagem todos os dias úteis, consultas de enfermagem para monitorização dos utentes hipertensos e diabéticos, tratamentos, vacinação e Sessões de educação para a saúde. Inclui ainda a atribuição de produtos de incontinência aos Adultos/Idosos.

O Apoio Domiciliário é mais uma das valências da Unidade de Saúde do Castelo, direccionada para indivíduos com dependência, impossibilitados de se deslocarem à Unidade do Castelo. Tem como principal objectivo garantir a melhoria da qualidade de vida da pessoa, envolvendo a família/comunidade. A sua Intervenção pode ocorrer no domicílio do utente, nos equipamentos da Santa Casa, em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), em Lares Particulares ou Centros de Dia.

Existem ainda outras actividades desenvolvidas como os Rastreios de Saúde aos seus utentes e à população em geral e Projectos (como o “Notícias da Saúde” e o Projecto “Miúdos e Graúdos”).

2 – APRESENTAÇÃO DO PROJECTO

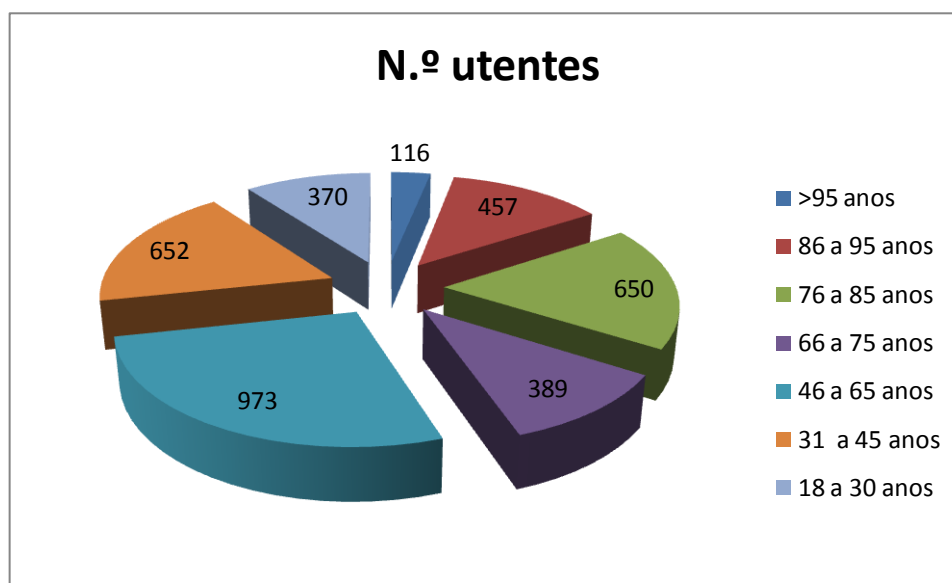
2.1 – População-alvo

Dados da População alvo – população adulta da USSCC

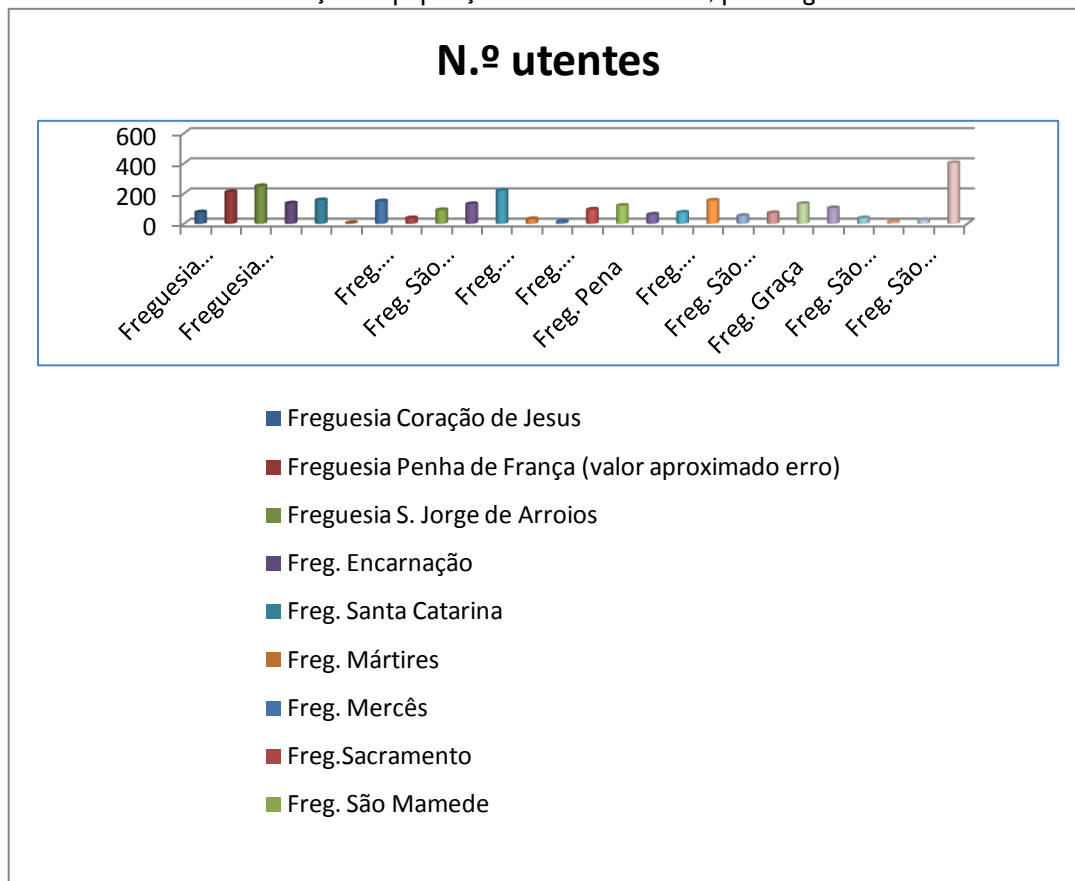
Uma das dificuldades sentidas deve-se à inexistência de dados de saúde da população da USSCC, uma vez que a base de dados informática existente contempla apenas dados administrativos.

De acordo com colheita de dados realizada a 31 Maio 2010 na base de dados administrativa USSCC, comum a todas as US da SCML, temos um total de utentes inscritos de 5155, destes apenas 3607 são adultos (> 18 anos). Destes temos 971 indivíduos de sexo masculino e 2636 do sexo feminino.

Distribuição da população inscrita na USSCC, por idade:



Distribuição da população inscrita na USSCC, por Freguesia:



Dados do Programa de Saúde do Adulto e Idoso

Para esta colheita de dados foi de fulcral importância a cooperação de outros grupos profissionais – uma vez que dos 3 médicos do programa, apenas um tem uma base de dados actualizada dos seus utentes – onde foi realizada uma colheita de dados a 29 de Abril de 2010.

Considerando essa base de dados, gentilmente cedida, temos que em relação à idade, de um total de 339 utentes:

Entre 18 a 20 anos (Nasc. até 1990) – 4 utentes

Entre 21 a 40 anos (Nasc. Até 1970) – 108 utentes

Entre 41 a 60 anos (Nasc. Até 1950) – 119 utentes

Entre 61 e 80 anos ((Nasc. Até 1930) – 106 utentes

Entre 81 e 100 anos (Nasc. Até 1910) – 2 utentes

Em relação ao género temos 245 mulheres e 94 homens.

Na sua distribuição pelas 11 freguesias, das 26 freguesias abrangidas pela USSCC, temos que, no Programa Adulto Idoso: nas freguesias de Pena, São José e Socorro temos mais de 50 utentes, sendo que na Freguesia do Socorro temos 86 utentes; nas freguesias de Santa Justa, Santo Estêvão e São Miguel temos mais de 20 utentes por freguesia; e nas freguesias dos Anjos, Madalena, São Nicolau, Sé e São Jorge de Arroios temos menos de 20 utentes por freguesia.

Dos 339 utentes encontramos 104 utentes com o diagnóstico de Diabetes (30,7%) e 319 utentes com o diagnóstico de Hipertensão Arterial(94,1%).

De acordo com o seu IMC temos 3 utentes com baixo peso (<18), 60 utentes com peso normal e 106 com ligeiro excesso de peso. Encontramos 69 utentes com Obesidade grau I, 27 utentes com Obesidade grau II e 13 utentes com Obesidade grau III ou Obesidade mórbida. De referir que existem 61 utentes sem registo de IMC.

(IMC: Baixo peso - <18,5; Peso normal - 18,5 a 24,9; Peso elevado - 25 a 29,9; Obesidade grau I – 30 a 34,9; Obesidade grau II – 35 a 39,9; Obesidade grau III (mórbida) > 40)

De acordo com os seus hábitos de consumo de álcool temos que dos 339 utentes: 228 são não consumidores, 28 são consumidores esporádicos e temos 60 utentes com hábitos regulares de consumo de álcool (às refeições). São 19 os utentes ex-alcoólicos e 3 os utentes com hábitos de consumo intenso de álcool. De referir que um dos utentes não forneceu dados em relação ao consumo de álcool.

Em relação aos hábitos tabágicos temos 236 utentes não consumidores de tabaco, 46 Ex-fumadores e 46 fumadores, dos quais 26 com um consumo de mais de 20 cigarros por dia. Novamente, 1 dos utentes não forneceu dados em relação aos seus hábitos de consumo de tabaco.

A população-alvo deste projecto engloba os utentes diabéticos e seus familiares/cuidadores identificados na Consulta Adulto Idosos da USSCC. Ou seja, são os utentes da USSCC com mais de 18 anos com o diagnóstico de Diabetes.

2.2 – Horizonte Temporal

Pretende-se até ao final do ano 2010 a implementação da Consulta de Enfermagem ao Doente Diabético na USSCC, ficando responsáveis por esta as Enfermeiras Carmo Silva e Cátia Silva.

2.3 – Objectivos

Este projecto pretende contribuir para um melhor conhecimento da população diabética da USSCC, das suas necessidades de forma a poder oferecer Cuidados de Enfermagem, adaptados à sua realidade específica e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Objectivos Gerais:

- Intervir no âmbito da Enfermagem Comunitária para a assistência ao Adulto e Idoso Diabético e família/cuidador.
- Elaborar um projecto de intervenção e colaborar na sua implementação:
Criação de uma Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes.
- Prestar Cuidados de Enfermagem que requerem conhecimentos específicos ao adulto/idoso diabético e família/cuidador.
- Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem ao adulto/idoso diabético e família.

Objectivos específicos da Consulta de Enfermagem:

- Recolha de dados sobre a população Diabética e Hipertensa do Programa de Saúde Adulto e Idoso da USSCC.
- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis no âmbito da alimentação, mobilidade, prevenção de complicações e adesão terapêutica
- Promover a auto-monitorização da glicemia capilar.
- Garantir o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), com especial ênfase nas vacinas antitetânica e antigripal;
- Promover e capacitar para auto-vigilância, o auto-cuidado (*Empowerment*) do doente e sempre que possível com a participação da família/cuidador.

Objectivos terapêuticos da Consulta de Enfermagem:

A curto prazo (diagnóstico/ início do seguimento na consulta - 1 mês):

- Compensação clínica com desaparecimento dos sintomas
- Bem-estar físico e psíquico
- Retorno às rotinas diárias

A médio prazo (3 meses):

- Prevenção das hipoglicemias;
- Normalização dos valores laboratoriais;
- Controle da PA .

A longo prazo (1 ano, através da vigilância periódica trimestral) :

- Manter alimentação e hidratação equilibrada;
- Manter peso regular;
- Instituir a prática de exercício físico regular;
- Evicção tabágica e alcoólica;
- Manter a auto-vigilância;
- Praticar o autocontrolo(auto-monitorização);
- Cumprimento do regime terapêutico acordado;
- Controle de PA e valores laboratoriais;

- Higiene e cuidados com os pés;
- Vigilância oftalmológica anual.

Quadro - Metas preventivas e terapêuticas orientadoras³⁶:

Parâmetros	Objectivo
Glicose no sangue venoso em jejum	<108 mg/dl (6,0 mmol/L).
Glicemia no sangue venoso pós-prandial	< 135 mg/dl (7,5 mmol/L) na diabetes tipo 2 e 135-160 mg/dl (7,5-9,0 mmol/L) na diabetes tipo 1.
Metabolismo da glicose Hba1c	≤ 6,5 %;
Tensão arterial	< 130/80 mmHg (em caso de insuficiência renal, proteinúria > 1g/24h < 125/75 mm Hg).
Lípidos sanguíneos	
Colesterol total	< 175 mg/dl (4,5 mmol/L);
LDL- colesterol	≤ 70 mg/dl (1,8 mmol/L);
HDL- colesterol	Homem - > 40 mg/dl (1,1 mmol/L) Mulher - > 46 mg/dl (1,2 mmol/L);
Triglicéridos, CT/C-HDL.	< 150 mg/dl (1,7 mmol/L) < 3
Diâmetro da cintura	< 94 cm (Homem) < 80 cm (Mulher)
Controlo de peso IMC (kg/m ²)	< 25 (em caso de excesso de peso – redução de 10%).
Actividade física regular	30-45 minutos/dia.
Cessaçãõ tabágica	Obrigatória.

³⁶ Guidelines on Diabetes, pré-diabetes and cardiovascular diseases; The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD), Eur Heart J. 2007 Jan; 28 (1): 88-136

2.4 - Estratégias e Actividades

I. Estratégia de colheita e análise de informação:

- Pesquisa Bibliográfica e recolha de dados
- Reuniões com Enfermeiros, Enf.º Coordenador e Directora Clínica.
- Reuniões com recursos comunitários e da instituição (exemplo: laboratórios, enfermeira podologista).
- Elaboração de instrumentos de colheita de dados e registo específicos
- Promoção de criação de base de dados da população diabética e hipertensa do Programa Saúde Adulto e Idoso.
- Elaboração de um Manual/Guia para a de Consulta de Enfermagem ao Diabético.

2. Estratégia de intervenção:

- ✓ Promoção de estilos de vida saudáveis – Educação para a saúde;
- ✓ Promoção do vigilância e auto-controle - *Empowerment*.

3. Estratégia de formação:

- Promoção de formação aos enfermeiros sobre comunicação e gestão da diabetes.

- Planeamento, desenvolvimento e avaliação de Acção de Formação dirigida aos Enfermeiros (e equipa médica) para apresentação do projecto.

2.5 - Instrumentos criados:

- **Folha para Colheita de dados da População Diabética e Hipertensa** da Consulta Adulto e Idoso da USSCC (N.º, Nome, DN, Médico, Freguesia, Telefone, DM, HTA, Terapêutica, Consulta de Nutrição, Outros, Hábito tabágicos e alcoólicos, IMC e última medição (Anexo I).

Esta recolha de dados revelou-se necessária de forma a identificar a população diabética e hipertensa, uma vez que o único registo informático acessível é puramente administrativo e muito incompleto pois não permite identificar o n.º de doentes diabéticos ou hipertensos. Existe apenas um registo informatizado com estes dados elaborado pela Dra. Elisa Caneco (até Abril 2010) que foi utilizado como ponto de partida para estender a todos os outros utentes diabéticos e hipertensos identificados a partir de Maio na Consulta de Enfermagem. Tem sido também utilizada uma sinalética por cores nos processos clínicos em papel (lombada dos dossiers), sendo o azul utilizado para os doentes diabéticos e o amarelo para os doentes hipertensos.

Parece clara a potencialidade desta colheita de dados que permitirá futuras intervenções ou alargamento da intervenção aos doentes hipertensos que não sejam diabéticos.

Esta colheita de dados permitirá também o fácil acesso e contacto com os doentes-alvo deste projecto.

- **Folha de Colheita de Dados e registo da Consulta de Enfermagem – Ficha do diabético** , incluindo dados acerca de hábitos de vida e ambiente familiar (Anexo II).

Pretende-se que com esta colheita de dados se possa conhecer melhor o contexto de cada utente de forma a adaptar as intervenções no sentido da adesão terapêutica e da auto-vigilância - *Empowerment*.

- **Folha** de registo/avaliação da evolução do doente pela sua aquisição de **Competências de Auto-cuidado** (Anexo III).

2.6 - Previsão dos recursos

Para a implementação do projecto serão necessários os seguintes recursos:

- Recursos Humanos:

Enfermeiras do Programa de Saúde do Adulto Idoso da USSCC – Enf.^a Carmo Silva e Enf.^a Cátia Silva, com a colaboração das AAM do mesmo Programa.

Pretende-se a articulação com a Enfermeira da consulta de podologia, uma vez que existem 2 elementos da equipa de enfermagem com formação específica e que prestam cuidados nesta área segundo marcação deslocando-se à USSCC se necessário. E articulação com a equipa multidisciplinar: médicos, nutricionista, psicólogo e outros que se verificar útil e necessário para o utente.

- Recursos Materiais:

- o Esfignomanómetro,
- o Estetoscópio,
- o Glucómetro,
- o Tiras para avaliação de glicemia capilar,
- o Lancetas,
- o Balança,
- o Material de podologia (observação e tratamento do pé diabético).
- o Ficha de registo para cada utente,
- o Livro de registo para o doente,
- o Fita métrica.

- Local e horário:

O local previsto para a realização da consulta é a Sala de Tratamentos, no R/C do edifício da Unidade de Saúde, apresenta a vantagem de fácil acessibilidade, condições para a observação do pé e tratamento se necessário. O horário previsto será à Quinta-feira à tarde – cerca de 4 horas.

- Duração e frequência:

A duração prevista das consultas será de cerca de 45' a 1 hora para primeira consulta e 20 a 30 minutos para as seguintes. Pretende-se realizar 2 ou três consultas de enfermagem com o intervalo de 1 mês, seguindo-se uma programação de uma Consulta de Enfermagem Trimestral que poderá ser intercalada com a vigilância médica, ou não. De salientar que deverá haver disponibilidade da Equipa de Enfermagem para responder a solicitações extra as programadas pela parte dos doentes caso se verifiquem necessárias.

2.7 - Avaliação

INDICADORES

- N.º de utentes Consulta Adulto Idoso da USSCC;
- N.º de utentes Diabéticos e hipertensos, da Consulta Adulto Idoso da USSCC;
- N.º de utentes diabéticos seguidos na Consulta de Enfermagem ao Diabético, inserida no Programa da Saúde do Adulto e Idoso da USSCC;

Destes últimos:

- N.º de utentes que realizam auto-vigilância e auto-controle da glicemia;
- N.º de utentes com HbA1c controlada (< ou = 6,5%) ou;
- N.º de utentes que com valores de pressão arterial controlados (PA<140/80mmHg);
- N.º de utentes com Vacinação Anti-tetânica actualizada;
- N.º de utentes com Vacinação Anti-gripal actualizada.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos de Comunicação, Motivação, Parceria e Empowerment são centrais na abordagem dos doentes com doença crónica e em especial na Diabetes pela complexidade da doença, do tratamento e da própria adesão ao tratamento.

Compreender a adesão é aceitar o cliente como parceiro de cuidados, sendo a acção do cliente decisiva para a promoção ou protecção da sua saúde, para a prevenção ou tratamento das suas doenças.

De acordo com (BOAVIDA, 2010)³⁷ está demonstrada a ineficácia dos modelos classicamente usados, nomeadamente com as doenças crónicas de acompanhamento em ambulatório, onde o tratamento e a maioria dos cuidados são realizados em casa pelos próprios doentes. Surge o conceito de Educação Terapêutica com um meio independentemente das medidas farmacológicas e convencionais – por si só insuficientes. Com o *Empowerment*, os doentes definem objectivos e estratégias para os alcançarem, assumindo responsabilidade no seu próprio tratamento. Os profissionais de saúde precisam de responder a estas novas exigências, redefinindo o seu papel na relação terapêutica – como facilitadores deste processo de informação e capacitação para o *Empowerment*.

DUNBAR-JACOB (1999 – citada por CARMARNEIRO, 2002), defende o contributo dos enfermeiros no seu papel de pedagogos, definindo cinco estratégias a utilizar pelos mesmos para assegurar que os seus clientes tomem os medicamentos correctamente, ou seja, avaliar dificuldades no cumprimento da tabela terapêutica; iniciar os ensinamentos durante o internamento; conhecer a vida do cliente; promover a auto-monitorização e continuar a acompanhar o cliente após a alta hospitalar. Os enfermeiros estão estrategicamente colocados no seio da equipa multidisciplinar, como elementos privilegiados no acompanhamento do cliente em todo o seu processo terapêutico.

Torna-se então clara a importância de estudos realizados acerca desta temática que urge compreender cada vez melhor para aperfeiçoar e melhor dirigir a abordagem

³⁷ In - NUNES, José S. (Coord.) «**Diabetes uma abordagem global**» Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. 2010. Miraflores. Euromédice. ISBN: 978-972-8749-84-2.

do enfermeiro aos doentes diabéticos seguidos em consulta de enfermagem – de inequívoca importância e relevância para o controlo desta pandemia.

ANEXO 13 – Folha de colheita de dados e registo da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes

(Ficha do Diabético)

FICHA DO DIABÉTICO

Nome:

Data Nascimento: - -

Idade:

N.º de Pasta:

Profissão:

Escolaridade:

Rendimento/Apoios:

Antecedentes Pessoais:

Locais onde faz a sua vigilância de saúde (ex. APDP, etc....):

Estado vacinal: Vacina antitetânica (válida até):

Vacina antigripal (última):

Medicação Habitual:

DM tipo 1

DM tipo 2

Diagnosticado a :

Antecedentes Familiares:

Insulina _____

ADO _____

Avaliação Inicial:

Hábitos Alimentares	
Hidratação	
Exercício	
Higiene e cuidados com os pés (sensibilidade, calçado, integridade cutânea)	
Visão	

ANEXO 14 – Folha de competências de auto-cuidado da pessoa com Diabetes

FICHA DE COMPETÊNCIAS DO DIABÉTICO (Adaptado de APDP)

	Data		Data		Data		Data	
	A	CP	A	CP	A	CP	A	CP
I - Saber o que é a Diabetes, definir a sua doença.								
Definir a doença								
II - Saber avaliar a Glicemia Capilar.								
Punção capilar								
Uso Glucómetro								
Registo								
Interpretação dos resultados								
III - Conhecer a sua medicação/terapêutica habitual:								
ADO – saber quais são, como actuam, o seu horário e tempo de acção;								
Insulina - saber como actua, tempo de acção e horário de administração; - saber conservar, preparar, administrar (técnica de injeção SC, dose, rotação locais).								
IV - Saber as complicações da doença:								
<ul style="list-style-type: none"> <u>AGUDAS</u> Hipoglicemia e Hiperglicemia (sinais e sintomas, o que é, porque surge e como prevenir e tratar) 								
<ul style="list-style-type: none"> <u>TARDIAS</u> - Retinopatia - Pé Diabético (incluindo cuidados de higiene, observação e sinais de alerta, cuidados preventivos, cuidados especiais, calçado e unhas). 								
V - Reconhecer e procurar hábitos de vida saudáveis								
<ul style="list-style-type: none"> Exercício Físico Alimentação(versidade e fraccionamento) 								
VI - Reconhecer Comportamentos de Risco								
Álcool								
Tabagismo								
Obesidade								
Controlo da Pressão Arterial								
Cuidados em férias/viagem:., terapêutica (insulina), alimentação, hidratação e exercício físico								

Legenda:

A – Avaliação

C – competente

PC – Parcialmente Competente

NC – Não Competente

CP – Cuidados Prestados

E – Ensino

RE – Revisão de Ensino

Competências a adquirir pelo Doente Diabético:

1. Saber o que é a Diabetes, definir a sua doença.
2. Saber avaliar a Glicemia Capilar.
3. Conhecer a sua medicação/terapêutica habitual:
 - **ADO** – saber quais são, como actuam, o seu horário e tempo de acção;
 - **Insulina** - saber como actua, tempo de acção e horário de administração; - saber conservar, preparar, administrar (técnica de injeção SC, dose, rotação locais).
4. Saber as complicações da doença:
 - AGUDAS – Hipoglicemia e Hiperglicemia (sinais e sintomas, o que é, porque surge e como prevenir e tratar);
 - TARDIAS
 - Retinopatia
 - Pé Diabético – incluindo cuidados de higiene, observação e sinais de alerta (sensibilidade), cuidados preventivos, cuidados especiais, calçado e unhas.
5. Reconhecer e procurar hábitos de vida saudáveis
 - Exercício Físico
 - Alimentação (diversidade e fraccionamento)
6. Reconhecer Comportamentos de Risco como álcool, tabagismo, obesidade e outros.
7. Cuidados em férias: terapêutica (insulina), hidratação, exercício físico.

ANEXO 15 – Folha de observação e registo do pé diabético

(já usada na USSCC)

UNIDADE SAÚDE SANTA CASA CASTELO/NATÁLIA CORREIA

AVALIAÇÃO DOS PÉS

NOME: _____

DATA: _____

AVALIAÇÃO DA FORMA DOS PÉS

	Pé Dtº		Pé Esqº		Observ.
	Sim	Não	Sim	Não	
Fracturas neuropáticas					
Halux Valgus					
Arco Plantar Plano					
Arco Plantar Elevado					
Cicatrizes Cirúrgicas					
Hiperqueratoses					
Dedos em "Martelo"					
Úlceras					
Outros					

AVALIAÇÃO DAS UNHAS

	Pé Dtº		Pé Esqº		Observ.
	Sim	Não	Sim	Não	
Alteração da Espessura					
Alteração da Cor					
Unhas Encravadas					
Uníçose					
Outros					

AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA

	Quente	Frio	Observ.
PÉ DIREITO			
PÉ ESQUERDO			

AVALIAÇÃO DO EDEMA

	Ausente	Godet (+/++/+++)
PÉ DIREITO		
PÉ ESQUERDO		

AVALIAÇÃO VASCULAR

	Pé Dtº		Pé Esqº		Observ.
	Sim	Não	Sim	Não	
Pulso Pedioso Dorsal					
Pulso Tibial Posterior					
Repreenchimento capilar Lento					

	M.Inf. Dtº		M.Inf. Esqº		Observ.
	Sim	Não	Sim	Não	
Ausência de Pêlos					
Claudicação					
Rubor quando pendentes					
Palidez quando elevados					
Pés Magros					
Outros					

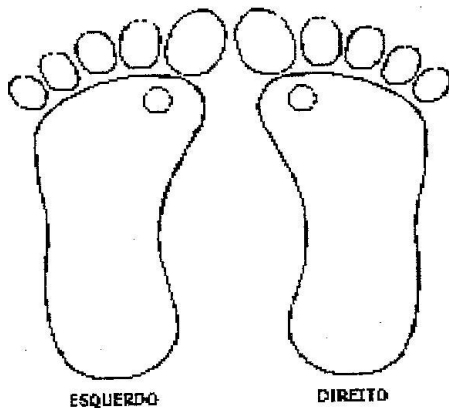
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

	M.Inf. Dtº		M.Inf. Esqº		Observ.
	Sim	Não	Sim	Não	
Hipoestesia (↓sensibilidade ao tacto, temperatura, dor,...)					
Alt. Funcionais (dores, câibras, formigueiros, sens. queimadura)					
Fraqueza Muscular					
Outros					

TESTE SENSIBILIDADE (com Monofilamento):

Marque a área de sensibilidade na figura abaixo com: ⊕ sim ⊖ não

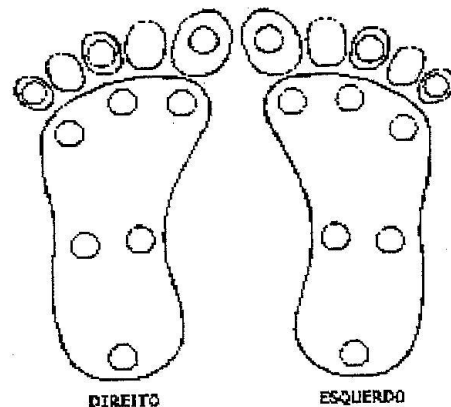
Região dorsal



ESQUERDO

DIREITO

Região plantar



DIREITO

ESQUERDO

ANEXO 16 – Manual/Guia da Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes

Índice

0 – INTRODUÇÃO.....	.....
1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DIABÉTICO .....	.....
1.1 - Definição e Classificação de Diabetes.....	.....
1.1.1 - Complicações agudas e tardias .....	.....
1.2. – Consulta de Enfermagem à pessoa com diabetes .....	.....
1.2.1- População alvo: .....	.....
1.2.2. - Local, horário e frequência das consultas: .....	.....
1.2.3 - Objectivos: .....	.....
1.2.4. - Objectivos terapêuticos: .....	.....
1.2.5. - Estratégias e Actividades .....	.....
1.2.6.- Recursos .....	.....
2 – INTERVENÇÕES.....	.....
2.1. - Papel do enfermeiro na gestão da Diabetes.....	.....
2.2.- Educação do diabético – adopção de estilos de vida saudáveis .....	.....
2.2.1.- A Alimentação.....	.....
2.2.2.- Exercício físico e peso ideal .....	.....
2.2.3.- Prevenção e rastreio do pé diabético.....	.....
2.2.3.- Autovigilância e autocontrolo, Cumprimento do regime terapêutico .....	.....
3. - AVALIAÇÃO.....	.....
4. - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	.....
5. - ANEXOS .....	.....
Metas orientadoras .	

ANEXO 17 – Cartaz da Acção de Formação sobre Gestão da Diabetes/Apresentação do Projecto da consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes

Acção de Formação/Reunião

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES (apresentação do projecto)

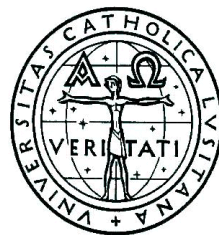


**População-alvo: Equipa Médica e de Enfermagem
USSCC**

Dia 15/11/2010 às 15H no 3º Piso USSCC

Marta Mouro - Enfermeira
(Aluna Mestrado de Enfermagem Comunitária da UCP)

**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



**ANEXO 18 – Acção de Formação sobre Gestão da Diabetes/Apresentação do Projecto da
consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes**



PROJECTO – Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes

Módulo I - Diagnóstico de Situação (19/4-18/6)
 Módulo II - Projecto de Intervenção (27/09-19/11)

Necessidade identificada:

- Estruturação Consulta Enfermagem Diabetes

Dados epidemiológicos:

PREVIADAB 2009 – estudo da prevalência de Diabetes em Portugal

- prevalência da diabetes na pop. Portuguesa - 11,7% (homens, 14,2% e as mulheres, 9,5%)
- 905.035 (entre os 20 e os 79 anos) com diabetes, dos quais 395.134 (43,6% do total) desconhecem que têm diabetes
- diagnóstico prévio 6,6% e 5,1 % das pessoas não sabiam que tinham diabetes
- 23,2% entre os 20 e 79 anos, o que corresponde a 1.782.663 pessoas com “Pré-Diabetes”

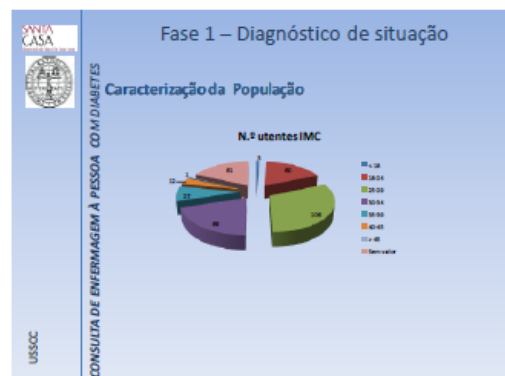
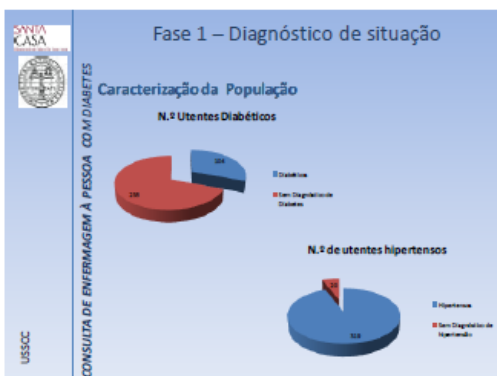
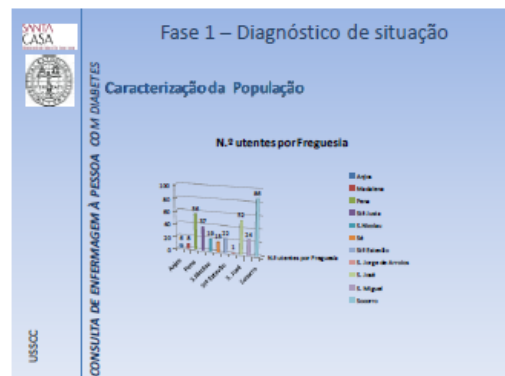
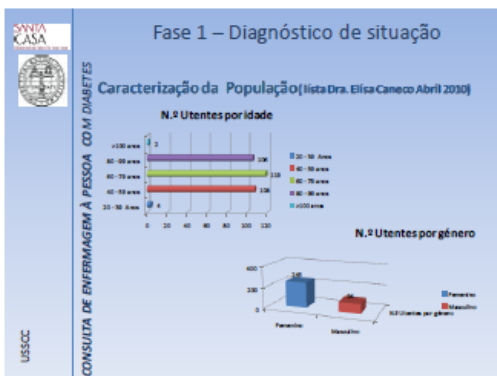
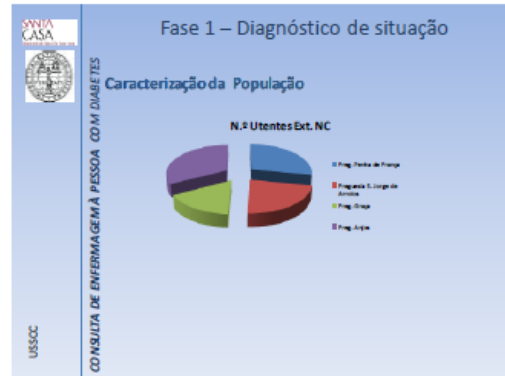
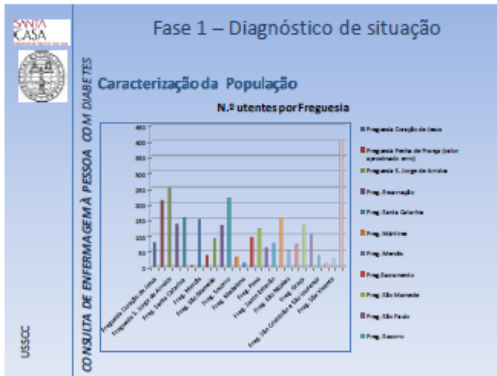
A OMS define as doenças crónicas como “doenças de duração prolongada e progressão lenta” que exigem tratamento continuado ao longo de anos ou décadas (OMS, 2002)^[1].

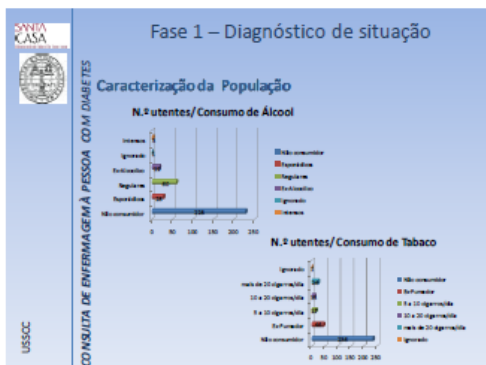
A pobreza está intimamente relacionada com a doença crónica e os respectivos factores de risco. Mas, devido a uma desigualdade interna crescente nos países, os pobres nos países de rendimentos elevados podem ter condições e oportunidades de saúde significativamente piores, do que os ricos nos países de rendimentos baixos (OMS, 2008).

“A Diabetes é a principal causa de perda parcial de visão e cegueira em adultos nos países desenvolvidos. É responsável pela maioria das amputações de membros que não são resultado de acidente. As pessoas com diabetes têm muito maior probabilidade de ter um ataque cardíaco ou um AVC. As pessoas com diabetes têm maior risco de desenvolver doença renal.”^[1]

Federação Internacional da Diabetes







Fase 2 – Projecto CE à pessoa com Diabetes

População Alvo: Adultos (maiores de 18 anos) diabéticos do Programa Saúde Adulto e Idoso USSCC

Horizonte Temporal: a implementar até ao final de 2010

Local: Sala de Tratamentos USSCCastelo

Horário: 5ª Feira à tarde

Duração das consultas: 1ª CE - 45' a 1 hora
CE-20 a 30' (seguintes)

- 2 ou 3 CE c/ intervalo de 1 mês
- CE Trimestral
- Disponibilidade p/ responder a solicitações extra as programadas

Recursos Humanos: Enf.ª Carmo Silva e Enf.ª Cátia Silva (Programa de Saúde do Adulto Idoso da USSCC) + AAM

Articulação com:
Enfermeira da consulta de podologia,
Equipa multidisciplinar: médicos, nutricionista, psicólogo

Recursos Materiais:

- o Estígnomanómetro,
- o Estetoscópio,
- o Glucometro,
- o Tiras para avaliação de glicémia capilar,
- o Lancetas,
- o Balança,
- o Material de podologia (observação e tratamento do pé diabético).
- o Ficha de registo para cada utente e eventual encaminhamento,
- o Livro de registo para o doente,
- o Fita métrica.

Objectivos Gerais:

- ❖ Intervir no âmbito da Enfermagem Comunitária para a assistência ao Adulto e Idoso Diabético e família/cuidador.
- ❖ Elaborar um projecto de intervenção e colaborar na sua implementação: Criação de uma Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes.

Objectivos Gerais:

- ❖ Prestar Cuidados de Enfermagem que requerem conhecimentos específicos ao adulto/idoso diabético e família/cuidador.
- ❖ Promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem ao adulto/idoso diabético e família.

Objectivos Específicos:

- Recolha de dados sobre a população Diabética e Hipertensa do Programa de Saúde Adulto e Idoso da USSCC.
- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis no âmbito da alimentação, mobilidade, prevenção de complicações e adesão terapêutica
- Promover a auto-monitorização da glicémia capilar.

UNIA CASA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

USJCC

Objectivos Específicos (cont.):

- Garantir o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), com especial ênfase nas vacinas anti-tetânica e anti-gripal;
- Promover e capacitar para autovigilância, o autocontrolo (*empowerment*) do doente e sempre que possível com a participação da família/cuidador.

UNIA CASA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

USJCC

1. Estratégia de colheita e análise de informação:

- Pesquisa Bibliográfica e recolha de dados
- Reuniões com Enfermeiros, Enf.º Coordenador e Directora Clínica.
- Reuniões com recursos comunitários e da instituição (ex: laboratórios, enfermeira podologista).
- Elaboração de instrumentos de colheita de dados e registo específicos.
- Promoção de criação de base de dados da população diabética e hipertensa do Programa Saúde Adulto e Idoso.

UNIA CASA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

USJCC

2. Estratégia de intervenção:

• Promoção de estilos de vida saudáveis – Educação para a saúde:

NOVA PIRÂMIDE ALIMENTAR
o novo conceito de alimentação saudável (Walter C. Willett)

UNIA CASA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

USJCC

• Prevenção de Complicações Agudas e Tardias

UNIA CASA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

USJCC

• Promoção da autovigilância e autocontrolo - Empowerment.

• Elaboração de um Manual/Guia para a de Consulta de Enfermagem ao Diabético.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

3. Estratégia de formação:

- Promoção de formação aos enfermeiros sobre comunicação e gestão da diabetes.
- Apresentação do projecto.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Intervenção na Diabetes:

Prevenção Primária – redução de novos casos;

Prevenção Secundária – detecção precoce e prevenção de complicações;

Prevenção Terciária – reabilitação, reinserção através da autovigilância e auto-controle.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

SOUSA et al. (2008), contextualizam a diabetes como doença de tratamento complexo pois envolve alterações comportamentais e de estilos de vida. Referem-se à tríade terapêutica que envolve, para além da medicação, a alimentação e o exercício físico – apontando a importância da auto-gestão da doença pelo doente. Apoiam-se em estudos anteriores, que apontam no sentido (uma taxa elevada de) da não adesão ao regime terapêutico pela sua complexidade e pela necessária alteração de comportamentos.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Segundo as orientações para os CSP no Reino Unido a gestão da diabetes tipo 2

- ✓ Cuidados centrados no doente
- ✓ Educação estruturada desde o diagnóstico e com revisões periódicas
- ✓ Aconselhamento nutricional
- ✓ Controlo da pressão arterial para valores < 140/80 mmHg para os diabéticos tipo 2 ou < 130/80 mmHg com lesões renais, oculares ou cerebros.
- ✓ Avaliação do controlo da glicose (HbA1c alvo 6,5%)
- ✓ Auto-monitorização da glicémia
- ✓ Gestão dos lípidos

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Modelo da Hipótese Cognitiva de Adesão de LEY, modelo comunicacional que defende a influência da combinação de variáveis presentes na consulta, na adesão ao regime terapêutico.

CE é um momento privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, para traçar em parceria, um plano de cuidados individualizado, facilitador da adesão terapêutica.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Objectivos terapêuticos da Consulta de Enfermagem;

A curto prazo (diagnóstico/ início do seguimento na consulta - 1 mês):

- Compensação clínica com desaparecimento dos sintomas,
- Bem estar físico e psíquico,
- Retorno às rotinas diárias.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

A médio prazo (3 meses):

- Prevenção das hipoglicémias;
- Normalização dos valores laboratoriais;
- Controlo da PA .

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

A longo prazo (1 ano, através da vigilância periódica trimestral) :

- Manter Alimentação e hidratação equilibrada;
- Manter peso regular;
- Instituir a prática de exercício físico regular;
- Evicção tabágica e alcoólica;
- Manter a auto-vigilância;
- Praticar o autocontrolo (auto-monitorização);
- Cumprimento do regime terapêutico acordado;
- Controlo de PA e valores laboratoriais;
- Higiene e cuidados com os pés;
- Vigilância oftalmológica anual.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Instrumentos criados:

- ❖ **Folha para Colheita de dados da População Diabética e Hipertensa da Consulta Adulto e Idoso da USSCC** (N.º, Nome, DN, Médico, Frequência, Telefone, DM, HD, Terapêutica, Cons. Nutrição, Outros, Hábito tabágico e alcoólico, IMC e última medição).
- ❖ **Registo da Consulta de Enfermagem – Ficha do diabético**, incluindo dados acerca de hábitos de vida e ambiente familiar.
- ❖ **Folha de registo/avaliação da evolução do doente pela sua aquisição de Competências de Auto-cuidado.**

➔ **Folha de Observação e registo do pé diabético**

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Colheita de dados realizada entre 28/04 e 3/11/2010: **TOTAL 55 DIABÉTICOS**

Dra. Elisa Caneco - 48	➔ 21 Diabéticos	➔ 41 Hipertensos
Dra. Graça Cabral - 43	➔ 12 Diabéticos	➔ 40 Hipertensos
Dra Helena Menezes - 67	➔ 22 Diabéticos	➔ 67 Hipertensos

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Empowerment - os doentes definem objectivos e estratégias para os alcançarem, assumindo responsabilidade no seu próprio tratamento.

Os profissionais de saúde precisam de responder a estas novas exigências, redefinindo o seu papel na relação terapêutica – como facilitadores deste processo de informação e capacitação para o *Empowerment*.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

INDICADORES

- N.º de utentes Consulta Adulto Idoso da USSCC;
- N.º de utentes Diabéticos e hipertensos, da Consulta Adulto Idoso da USSCC;
- N.º de utentes diabéticos seguidos na Consulta de Enfermagem ao Diabético, inserida no Programa da Saúde do Adulto e Idoso da USSCC;

Destes últimos:

- N.º de utentes que realizam autovigilância e autocontrolo da glicémia;
- N.º de utentes com HbA1c controlada (< ou = 6,5%) ou;
- N.º de utentes com valores de pressão arterial controlados (PA < 140/80mmHg);
- N.º de utentes com Vacinação Anti-tetânica actualizada;
- N.º de utentes com Vacinação Anti-gripal actualizada.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Referências Bibliográficas:

ACHETTI, João L.; SPERANZA, Carolina A.; ALMEIDA, Rosana L.; DONDELLI, Maria K. *Atuação da doença e assistência para o idoso com diabetes.* *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.20, n.4, p.123-129, 2008.

CARAMELLO, Ana Paula. *Atuação da enfermagem em pacientes diabéticos.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

DASILVA, Angélica P. *Atuação da enfermagem em pacientes com diabetes mellitus.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

WELLS, José L. *Diabetes e a enfermagem.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

DIEMER DOS SANTOS, M. *Atuação da enfermagem em pacientes com diabetes mellitus.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

YEMMY, A.; ALBUQUERQUE, M. *Atuação da enfermagem em pacientes com diabetes mellitus.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

SILVA, Maria R.; FERREIRA, Maria C. *Atuação da enfermagem em pacientes com diabetes mellitus.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

DIEMER DOS SANTOS, M. *Atuação da enfermagem em pacientes com diabetes mellitus.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

DIEMER DOS SANTOS, M. *Atuação da enfermagem em pacientes com diabetes mellitus.* *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.14, n.1, p.1-10, 2001.

USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES




USCC

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

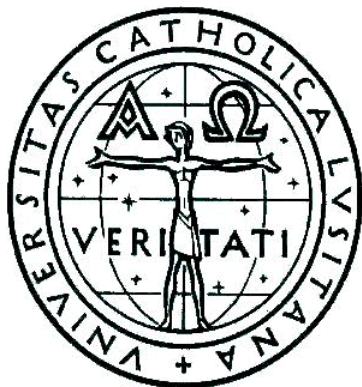


COM DIAB

FIM
Obrigada

ANEXO 19 – Projecto “Parcerias na transição hospital-casa”

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS DO CHLC, EPE



**A TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO, PARCERIAS
(ENTRE O HOSPITAL, O DOENTE/FAMÍLIA E OS RECURSOS NA COMUNIDADE)**



Marta Vasconcelos Nascimento da Costa Mouro
Sob Orientação Enfermeira Especialista Aldina Soares

Lisboa, Dezembro 2010/Janeiro 2011



SIGLAS:

AVD's – Actividades de Vida Diárias

CHLC, EPE – Centro Hospitalar Lisboa Central

ECC – Equipa de Cuidados Continuados

CHL – ZC – Centro Hospitalar Lisboa – Zona Central

CS – Centro de Saúde

CS Marvila – Centro de Saúde de Marvila

CSP – Cuidados de Saúde Primários

HDE – Hospital de Dona Estefânia

HSAC – Hospital de Santo António dos Capuchos

HSJ – Hospital de São José

HSM – Hospital de Santa Marta

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

UCP – Universidade Católica Portuguesa

US – Unidade de Saúde

USSC – Unidade de Saúde Santa Casa

USSCCastelo – Unidade de Saúde Santa Casa Castelo

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO	
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1.1 – O CHLC, EPE.....	
1.2 – Área de Abrangência – Centros de Saúde.....	
1.3 - A Equipa de Cuidados Continuados do CHLC, EPE.....	
1.4 – Parcerias	
1.5 – SCML.....	
2 – APRESENTAÇÃO DO PROJECTO	
2.1 – População-alvo	
2.2 – Horizonte Temporal.....	
2.3 – Objectivos.....	
2.4 - Metodologia.....	
2.5 - Previsão dos recursos.....	
2.6 - Avaliação.....	
2.7 - Cronograma do projecto.....	
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
5 – ANEXOS	

0 – INTRODUÇÃO

Este projecto surge no âmbito do Mestrado de Natureza Profissionalizante em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa 2009/2011 e vai de encontro às necessidades sentidas e expressadas pela Enfermeira Responsável pela Equipa de Cuidados Continuados (ou Cuidados Domiciliários) do CHLC, EPE.

Pretende-se desenvolver e aprofundar competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na prática através de uma avaliação e diagnóstico de necessidades prévia e da elaboração de um projecto de intervenção local, em contexto clínico.

A escolha da área de intervenção sobre parcerias entre o hospital e os recursos comunitários prende-se não só com interesses pessoais e profissionais, mas também com uma necessidade sentida e expressada pela Enfermeira Responsável do Serviço. A Articulação entre o Serviço e os CS da sua área de abrangência faz-se actualmente de modo informal, pelas relações estabelecidas ao longo de vários anos de trabalho em conjunto.

A minha experiência profissional, essencialmente em meio hospitalar, levou-me a uma reflexão sobre a barreira por vezes gigantesca que se ergue entre o Hospital e os outros recursos comunitários, como os Centros de Saúde e outros. O crescimento profissional e experiência recente em contacto com a SCML alertaram-me para uma realidade em que vários utentes da área de influência do hospital utilizam os seus serviços não só para um apoio a carências económicas existentes, mas que é sobretudo aí que fazem a sua vigilância de saúde, muitas vezes com uma frequência trimestral de consultas médicas e de enfermagem. O Apoio Domiciliário é também uma vertente importante do trabalho da SCML que inclui ajudantes familiares, ajudas técnicas e/ou visitas de enfermagem, médicas ou de técnicos de serviço social quando necessário.

Este trabalho divide-se em 4 partes: a Introdução; o Enquadramento Teórico; a Apresentação do Projecto; as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas – seguindo-se os Anexos.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I.1 – O CHLC, EPE

O CHLC, EPE resulta da reorganização e reforma na Saúde em Portugal e das novas Políticas de Saúde, agrupando novamente os 4 Hospitais Cívicos de Lisboa – como que um regresso ao antigo “Hospital de Todos os Santos” de onde se formaram. Iniciada com a integração do Hospital do Desterro no HSAC e HSJ, forma-se o CHL-ZC – inicialmente apenas o HSAC e o HSJ. Posteriormente, por DL N.º5 A/2007 de 28 de Fevereiro passando a integrar o HSM e HDE, assumindo a designação de CHLC, EPE.

Este Centro Hospitalar tem uma capacidade de cerca de 1200 camas, distribuídas pelos 4 Hospitais que o formam. Trabalham no Centro Hospitalar 6.425 profissionais, dos quais cerca de 2.049 enfermeiros³⁸.

A necessidade crescente de vagas de internamento, mais expressiva nos Serviços de Medicina, bem como as altas tendencialmente cada vez mais precoces, reduzindo o tempo de internamento, tornam cada vez mais importante a presença de estruturas de apoio e suporte na fase imediata após a alta. Sendo, muitas vezes, a demora na organização e articulação com estruturas de apoio na comunidade, em tempo útil, que prolonga os internamentos nos serviços.

I.2 – Área de Abrangência – Centros de Saúde

O CHLC, EPE, constitui-se como hospital de referência de mais de 300.000 utentes³⁹ dos 9 Centros de Saúde da sua área de abrangência: CS Graça, CS Luz Soriano, CS Lapa, CS São Mamede, CS Alameda, CS Coração de Jesus, CS Marvila, CS Penha de França, CS São João.

³⁸ Segundo Plano de acção 2009 – Equipa de Cuidados Domiciliários

³⁹ Segundo Plano de acção 2009 – Equipa de Cuidados Domiciliários

As características demográficas e sociais desta população que é maioritariamente envelhecida, residente em habitações com francas carências estruturais e de acessibilidade, incluindo a zona velha e degradada da cidade com existência de casos de doente crónicos com limitações e/ou idosos em isolamento social. Reúnem na sua maioria, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- Idade \geq 65 anos, com critérios de fragilidade por dependência para as AVD's e/ou síndrome geriátrico;
- Utentes com doenças crónicas;
- Utentes com doença avançada ou em fase terminal;
- Utentes com necessidade de continuidade de cuidados no domicílio;
- Utentes com necessidade de vigilância e tratamentos complexos.

1.3 - A Equipa de Cuidados Continuados do CHLC, EPE

O projecto dos Cuidados Continuados surgiu no Hospital de São José, no Serviço de Medicina 2.1 (homens), sendo uma iniciativa da equipa do Serviço com o objectivo de melhorar a continuidade de Cuidados e aproximar o Hospital dos Centros de Saúde da sua área de abrangência, incluía o envio de fax com nota de alta dos doentes.

Em 2002 e de forma mais estruturada surge o Projecto “ Hospital/Domicilio – Continuidade de Cuidados” com o apoio e financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian, concretizado entre 2004 e 2006, em conjunto com 4 Centros de Saúde. Após a alta hospitalar, e durante 2 semanas era assegurado o apoio domiciliário pelos Cuidados Continuados Hospitalares articulando-se com a rede de apoio comunitário e os Centros de Saúde.

Desde Novembro de 2004, o Projecto de Cuidados Continuados recebe cerca de 6 a 8 referências por semana, dos Serviços de Medicina do HSJ.

Em 2007 os Cuidados Continuados passaram a ser um Serviço totalmente assegurado e financiado internamente, com extensão a todos os Serviços de Medicina do HSJ. Este foi, progressivamente, estendido a todos os serviços de internamento do Hospital. Com a criação do CHL-ZC e posteriormente o CHCL, EPE foram estendidas as referências ao HSAC e ao HSM, e seus serviços de internamento. Mantendo-se no entanto uma clara maioria de referências dos Serviços de Medicina no geral.

A ECC têm assumido, desde então, um papel importante na promoção da continuidade de cuidados pós-alta, com os objetivos de: identificar precocemente os doentes em situação de fragilidade e com necessidades de continuidade de cuidados após a alta hospitalar; estabelecer vias de comunicação entre os profissionais do hospital e da comunidade, para a continuidade de cuidados; capacitação e co-responsabilização do doente/família na prestação dos cuidados.

A Equipa de Cuidados Continuados (ECC) é uma equipa multidisciplinar constituída por Médicos, Enfermeiros, Assistente Social e Fisioterapeutas.

A Coordenação da Equipa (ou Equipa Coordenadora) é assegurada por 3 elementos 1 médico (Dr. Vítor Gomes), 1 Enfermeira (Enf.^a Aldina Soares) e 1 assistente Social (Dra. Manuela Machado). Tem como funções a avaliação das propostas de referência, identificação das necessidades, definição do plano de cuidados e agendamento das visitas; gestão dos recursos humanos e materiais; promoção da formação em equipa e articulação com os Centros de Saúde. É esta equipa que recebe as referências dos serviços (via fax) nas 48H que antecedem a alta, avaliando as necessidades de cada caso e agendando uma primeira visita nas 24h após a alta. Existe ainda uma Administradora Hospitalar (Dra. Ilda Palos) que é responsável pela gestão e organização da Equipa.

A prestação de cuidados aos doentes e famílias/cuidadores informais tem sido assegurada por 3 médicos, 15 Enfermeiros e 4 Fisioterapeutas – Equipa prestadora. Existindo ainda a colaboração, quando necessário de uma Dietista do hospital.

Assim, a ECC tem como Missão: Promover a continuidade de cuidados terapêuticos, na fase imediata pós alta hospitalar, no domicílio garantindo a segurança do doente e família, sempre que a situação clínica o justifique. Funcionando como uma rede de articulação, entre os Cuidados de Saúde Diferenciados Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários nos Centros de Saúde.

Os seus Valores são:

- Dar continuidade aos cuidados iniciados no internamento e consolidar o respectivo equilíbrio clínico;
- Promover a reintegração do doente no seu meio familiar;
- Promover a melhoria das práticas do cuidar sob uma linha multidisciplinar;
- Promover, em articulação com a comunidade, a prestação individualizada e humanizada de cuidados ao doente;
- Prevenir as situações de agravamento de dependência e de reinternamento.

Os Objectivos da Equipa de cuidados Continuados:

- Desenvolver educação para a saúde junto dos doentes e cuidadores de modo a promover e manter a autonomia em situação de doença crónica ou dependência;
- Promover o envolvimento dos cuidadores, capacitando-os e co-responsabilizando-os face ao processo de cuidados;
- Promover a melhoria das práticas através dos processos de articulação entre equipa de cuidados domiciliários do hospital e a equipa de cuidados de saúde primários;
- Prevenir eficazmente os reinternamentos no hospital e o tempo de internamento prolongado;
- Promover uma melhor gestão das camas ao nível do internamento.

A Equipa Prestadora de cuidados reavalia as necessidades de cada doente/família em contexto domiciliário, define o plano de cuidados e o agendamento/frequência das visitas, realizando registos de evolução e de actividades realizadas. Monitoriza o estado de saúde e evolução do doente, articulando os seus recursos internos de acordo com as necessidades específicas de cada caso/situação.

Este acompanhamento é em média durante cerca de 15 dias após a alta hospitalar, acabando por referenciar por sua vez o doente/família ao CS da sua área de residência, com uma folha de referenciação que é entregue ao doente e enviada (via

fax) à equipa de Cuidados Continuados, complementada com um telefonema para um enfermeiro da mesma.

Podem ser referenciados todos os doentes internados no CHLC, EPE, com previsão de alta para o domicílio aos quais se preveja necessidades de apoio.

Os doentes e família são informados durante o internamento, sobre a existência e o objectivo da ECC, obtendo o seu consentimento para a referenciação (folheto em ANEXO I). É discutido e validado pela equipa multidisciplinar do internamento, a necessidade de acompanhamento domiciliário pós alta. Há um contacto telefónico, realizado pela Enfermeira Responsável pelo doente no internamento com a Enfermeira Responsável da ECC, no sentido de fazer uma avaliação conjunta das necessidades do doente.

Finalmente, o doente é referenciado em impresso próprio, enviado por fax, em conjunto com as notas de alta médica e de enfermagem do internamento. A referenciação acontece nas 24 ou 48h que antecedem a alta do serviço de internamento, respeitando os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Situação de doença crónica complexa;
- ✓ Dependência nas Actividades de Vida Diárias (AVD's);
- ✓ Doença avançada ou terminal, em **parceria** com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos;
- ✓ Necessidade de continuidade de tratamentos;
- ✓ Necessidade de ensino à família/cuidador informal; Necessidade de *Follow-up* após Cirurgia de Ambulatório;
- ✓ Utentes referenciados à RNCCI, a aguardar vaga em casa.

A primeira visita de ECC é realizada pelo Enfermeiro em que é apresentada a ECC e a sua disponibilidade de atendimento telefónico, e são reavaliadas as necessidades do doente e família/cuidador informal, em contexto domiciliário. Com base nesta primeira avaliação é realizado o plano de cuidados e previsto agendamento das visitas.

A prestação de cuidados tem como ponto de partida as necessidades dos doentes e famílias, validados e contextualizados no seu ambiente natural – o domicílio. Baseando-se numa perspectiva holística do indivíduo, numa dinâmica de intervenção da equipa multidisciplinar.

O apoio prestado aos doentes e família/cuidador informal passa pela: validação e manutenção do cumprimento de terapêutica; realização de tratamentos; realização ou reforço de ensinamentos relativos a diferentes AVD's; Manutenção e reabilitação funcional; Ensino e treino de cuidadores principais; Ensino e adaptação à situação de doença crónica; Capacitação dos cuidadores no cuidar (*Empowerment*).

Dados de 2009 da ECC, indicam que foram acompanhados 322 doentes, dos quais 165 mulheres e 157 homens; 37 em Cuidados Paliativos e 58 referenciados à RNCCI.

De referir que: 62% dos doentes acompanhados pela ECC são encaminhados para acompanhamento no CS, seja para as Equipas de Cuidados continuados, seja para vigilância de saúde, 21% são reinternados, 8% falecidos e 7% são encaminhados para a RNCCI.

Cerca de 70% das visitas domiciliárias realizadas pela ECC foram visitas de enfermagem.

A população é maioritariamente envelhecida, 56% entre os 71 e os 90 anos. Em cerca de 83% dos casos o principal cuidador é a família, sendo em 12% dos casos amigos ou vizinhos. Em 5% das situações, é exclusivamente assegurado por apoio social.

As vantagens para o doente, do acompanhamento da ECC incluem: acompanhamento imediato e promoção da articulação e acompanhamento a médio e longo prazo, com a articulação com os CSP; adequação do plano de cuidados às reais necessidades do doente/família, no seu contexto domiciliário e promoção da recuperação psicológica e funcional do doente/família.

Por outro lado, a ECC projecta o hospital para a comunidade e promove a comunicação entre o mesmo e os CSP.

1.4 – Parcerias

O conceito de parceria entrou no nosso vocabulário, impulsionado pela participação de Portugal em projectos Europeus (RODRIGUEZ & STOER (1998), citados por DINIZ⁴⁰), utilizado cada vez mais não só em linguagem técnico-científica mas também no vocabulário comum. Pela sua origem etimológica *Partnership*, refere-se à relação entre sócios que pertencem a uma mesma equipa.

No âmbito da promoção da saúde (SQUIRE 2005, p. 204-205), o conceito de parceria pressupõem a “partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com outros” “respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde”.

Segundo Cerqueira et tal (citados por Carvalho, 2002)⁴¹, é uma negociação entre duas ou mais partes, utilizando as capacidades de cada uma delas, visando um resultado vantajoso, no interesse do grupo social.

Para Zay & Gonnin-Bolo, citados por Gomes (2002, p. 66)⁴², é um compromisso numa acção negociada.

Segundo vários autores, as parcerias comunitárias são uma forma de coordenar respostas para a resolução de problemas sociais complexos. Estas devem ser orientada para a intervenção comunitária a longo prazo, através de um trabalho colaborativo, partilhando recursos e coordenando serviços para objectivos e benefícios comuns – neste caso o suporte e *Empowerment* do doente/família em situação complexa e crónica de doença com alta hospitalar.

De acordo com Ornelas e Moniz (p.154, citando vários autores) as parcerias mais eficazes, que promovem a mudança, são as que cumprem critérios de:

- Abrangência – perspectiva holística do problema e sua complexidade;
- Flexibilidade – adaptada ao contexto e suas prioridades;

⁴⁰ “Parceria: Circunscrevendo um conceito que nos é próximo?!” in Revista Portuguesa de Enfermagem Julho/Agosto/Setembro 2005 N.º 3 – Rogério Diniz (p.128)

⁴¹ Idem (p.128)

⁴² Idem (p. 129)

- Promoção da ligação à comunidade – com a participação dos vários parceiros comunitários;

- Empowerment comunitário;

- Diversidade comunitária – reflectida na parceria;

- Gestão da divergência e do conflito - no sentido do consenso;

- Orientação para resultados – objectivos claros e mensuráveis;

- Desenvolvimento de sistemas de avaliação e comunicação eficazes.

Para Diniz (2007), o conceito de parceria tem sido apropriado pelos enfermeiros de forma pertinente, tendo em conta os aspectos inerentes ao conceito como: a partilha, os objectivos comuns, a interactividade a sinergia e a comunicação eficaz. Sendo um conceito transdisciplinar, parece-me fazer sentido uma parceria enfermeiro-doente e família, mas teremos que constituir entre os profissionais uma rede de suporte a este doente e família que sai do hospital para o domicílio numa situação de crise, de necessidades de adaptações profundas na estruturação da sua vida – fazendo todo o sentido uma parceria entre profissionais do hospital e da comunidade de forma a apoiar o doente/família nesta transição.

A escolha do CS Marvila prende-se com uma relação informal privilegiada e colaborações anteriores com canal de comunicação facilitado entre os Enf.º Responsáveis da ECC e do CS Marvila, bem como do apoio domiciliário. Tendo sido desde logo uma sugestão, da responsável da ECC. Reforçado também pela experiência do Responsável em contexto de parcerias, podendo dar um contributo enriquecedor ao projecto.

A abertura de hipótese de encaminhamento e parcerias com outras estruturas comunitárias prende-se com a minha experiência profissional e a minha percepção, de 9 anos de trabalho no Serviço de Urgência do CHLC, EPE. Mas também, tendo contribuído de forma decisiva a minha experiência de estágio anterior – módulo I e módulo II numa USSC da SCML – compreendendo agora de uma forma diferente as potencialidades desta articulação e parceria para o doente. A escolha da USSCCastelo reflecte os contactos realizados nos anteriores módulos do estágio com a Equipa de

Apoio Domiciliário, sendo uma equipa jovem e dinâmica que tem por hábito ser pioneira em projectos que posteriormente se estendem às outras USSC.

I.5 – SCML

A **Saúde de Proximidade** desenvolve a sua actividade no âmbito da Saúde Comunitária, abrangendo de forma global e integrada todo o ciclo de vida do indivíduo. Através de uma rede de Unidades e Extensões de Saúde, a Saúde de Proximidade desenvolve a sua acção em estreita colaboração com a Direcção de Acção Social, em complementaridade com outro tipo de estruturas existentes na comunidade, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde.

Tem como filosofia a proximidade do utente inserido numa comunidade, durante todo o seu ciclo de vida, disponibilizando cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade.

Os seus objectivos incluem:

- Promover a saúde e prevenir a doença, especialmente através da educação para a saúde;
- Prestar cuidados de saúde primários e diferenciados, em ambulatório ou no domicílio;
- Actuar de forma globalizante e integrada, tendo em conta os diferentes níveis de resposta em Saúde da Santa Casa;
- Promover a articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

Os Serviços de Saúde Santa Casa incluem seis Unidades de Saúde e três Extensões de Saúde dispersas pela cidade, duas unidades móveis (inactivas de momento), um programa para jovens, dois hospitais (Hospital Ortopédico de Sant’Ana e Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão), uma Escola Superior de Saúde (Alcoitão) e de um Centro de Avaliação Geriátrica e de Recursos Gerontológicos.

Localizada num dos típicos bairros da cidade de Lisboa, junto ao Castelo de S. Jorge, com uma magnífica vista do alto sobre o Rio Tejo e a baixa Pombalina, adoptou o lema “Olhamos para e pela Cidade”, abrangendo actualmente, um total de 26 Freguesias, em conjunto com a Extensão Natália Correia: Castelo, Coração de Jesus, Encarnação, Madalena, Mártires, Mercês, Pena, S. José, S. Mamede, S. Miguel, S. Nicolau, S. Paulo, S. Vicente de Fora, Socorro, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Justa, Santiago, Santo Estêvão, Sé, S. Cristóvão e S. Lourenço, Anjos, Graça, Penha de França e S. Jorge de Arroios.

Aberto todos os dias úteis das 8h às 18h. Inclui os programas de: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde do Adulto e Idoso; Planeamento Familiar/Saúde Materna/Ginecologia e Obstetrícia; Saúde Mental – Adultos e Apoio Domiciliário. Além de Consultas Psicologia e de Nutrição (recentemente transferidas para outra Unidade).

O **Apoio Domiciliário** é mais uma das valências da Unidade de Saúde do Castelo, direccionada para indivíduos com dependência, impossibilitados de se deslocarem à Unidade do Castelo. Tem como principal objectivo garantir a melhoria da qualidade de vida da pessoa, envolvendo a família/comunidade. A sua Intervenção pode ocorrer no domicílio do utente, nos equipamentos da Santa Casa, em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), em Lares Particulares ou Centros de Dia.

2 – APRESENTAÇÃO DO PROJECTO

2.1 – População-alvo

A população-alvo deste projecto engloba todos os doentes internados no CHLC, EPE, nos serviços que referenciam doentes à Unidade de Cuidados Domiciliários. Em particular os doentes que se incluam na área de abrangência do CS Marvila e da USCCastelo da SCML.

2.2 – Horizonte Temporal

A operacionalização deste projecto pretende-se que decorra num período de 3 meses, desde a sua data de início.

2.3 – Objectivos

Como Estratégia, pretende-se estabelecer vias de comunicação eficazes entre os profissionais do hospital e da comunidade, de forma a garantir a continuidade de cuidados após a alta do doente. O que só é possível, pela rede intra-hospitalar já estabelecida com os serviços do CHLC e a ECC em que se faz uma identificação precoce dos doentes em situação de fragilidade e com necessidades de cuidados, após alta hospitalar. Tornando então possível um trabalho de capacitação (*Empowerment*) e co-responsabilização com o doente/família na prestação de cuidados.

Objectivos Gerais:

- Intervir no âmbito da Enfermagem Comunitária, para a assistência ao doente crónico e/ou dependente na fase imediata pós alta, de forma a potencializar a articulação com os recursos comunitários de saúde, no sentido da autonomia e capacitação (*Empowerment*) familiar ou do núcleo doente/família (cuidador(es) informais).

- Estabelecer parcerias entre os Cuidados de Saúde Diferenciados – ECC do Hospital (CHLC,EPE) e os Cuidados de Saúde Primários – Centros de Saúde e Unidades de Saúde locais.

Objectivos Específicos:

- Dar a conhecer a ECC do CHLC, EPE, a sua missão objectivos e actividades aos potenciais parceiros deste projecto – CS Marvila e USSCCastelo.
- Conhecer a Equipa de Apoio Domiciliário do CS Marvila.
- Conhecer a Equipa de Apoio Domiciliário da USSCCastelo da SCML.
- Estabelecer parceria entre a ECC do CHLC, EPE e a Equipa de Apoio Domiciliário do CS Marvila, nomeadamente com canais de comunicação privilegiados com Enfermeiro (s) de referência.
- Estabelecer parceria entre a ECC do CHLC, EPE e a Equipa de Apoio Domiciliário da USSCCastelo, nomeadamente com canais de comunicação privilegiados com Enfermeiro (s) de referência.

2.4 - Metodologia

Para a concretização deste projecto prevê-se a realização de reuniões e apresentações formais das equipas envolvidas na parceria, de forma a estabelecer objectivos em comum e otimizar a comunicação bilateral. Deste modo, será facilitador a criação de documentos de articulação que serão enviados via internet directamente para uma morada electrónica de cada elemento de referência, de preferência institucional.

Actividades:

Contacto e reunião com o Enf.º Chefe do CS Marvila no sentido de apresentar formalmente a Equipa de Cuidados Continuados e o projecto de parceria.
Acção de formação aos Enfermeiros Equipa Cuidados Continuados CS_Marvila para apresentação do projecto.
Reunião para definição do âmbito da parceria com estabelecimento de elementos de referência em cada equipa – ECC CHLC – Equipa Cuidados Continuados CS Marvila.
Contacto e reunião o Enf.º Chefe da USSCCastelo no sentido de apresentar formalmente a Equipa de Cuidados Continuados e o projecto de parceria.
Acção de formação aos Enfermeiros do Apoio Domiciliário para apresentação do projecto.
Reunião para definição do âmbito da parceria com estabelecimento de elementos de referência em cada equipa – ECC CHLC – Apoio Domiciliário USSCC.

Instrumentos de registo:

- Folha de referenciação para o CS Marvila – Apoio Domiciliário(ANEXO II).
- Folha de referenciação para a USSCCastelo – Apoio Domiciliário(ANEXO II).
- Comunicação de ida à Urgência ou Reinternamento – bilateral(ANEXO III).

2.5 - Previsão dos recursos

- Recursos Humanos e materiais:

Não se prevê necessidade de recorrer a recursos extra para a concretização do projecto. Sendo os recurso humanos a ECC e os recursos materiais já existentes telefone, fax, material informático.

2.6 - Avaliação

INDICADORES

Avaliação ao final de 1 ano do início da operacionalização do projecto.

- N.º de utentes referenciados ao CS Marvila (para visita domiciliária ou para vigilância de saúde, ou seja, total de doentes referenciados);
- N.º de utentes referenciados à USSCCastelo (para visita domiciliária ou para vigilância de saúde, ou seja, total de doentes referenciados);
- Dias de necessidade de acompanhamento imediato pós alta pela ECC;
- N.º de doentes com necessidade de acompanhamento por Equipa Cuidados Continuados no CS Marvila;
- N.º de doentes referenciados para CS Marvila para vigilância de saúde;
- N.º de doentes com necessidade de acompanhamento por Equipa de Apoio Domiciliário no USSCCastelo;
- N.º de utentes que recorrem ao Serviço de Urgência do CHLC durante o acompanhamento pela ECC;
- N.º de utentes que recorrem ao Serviço de Urgência do CHLC nos 3 e 6 meses, após alta da ECC;
- N. de reinternamentos de utentes referenciados, pela ECC.

2.7 - Cronograma do projecto

Actividades	Novembro 2010		Dezembro 2010		Janeiro 2011	
<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa Bibliográfica e recolha de dados.						
<ul style="list-style-type: none">• Realização de visitas domiciliárias.						
<ul style="list-style-type: none">• Reuniões com enfermeiros e Enf.º Responsável ECC.						
<ul style="list-style-type: none">• Elaboração do Projecto de Intervenção..						

Por contingências internas do Centro Hospitalar as visitas domiciliárias foram suspensas no início de Janeiro de 2011, aguardando-se decisão superior para o futuro da ECC. Por este motivo, não foi possível passar para a fase de implementação do projecto.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Actualmente, existem apenas 2 enfermeiras que asseguram as visitas aos doentes, acumulando a Enfermeira Responsável as funções da coordenação da equipa bem como da prestação de cuidados – motivado por contingências económicas do Centro Hospitalar, que se aguarda que sejam em breve revistas, pois as solicitações de acompanhamento dos serviços são muitas e a resposta é claramente insuficiente.

No decurso do estágio foi recebida por ordem superior indicação para se suspenderem as admissões dos doentes para a ECC, dando indicação para dar alta aos doentes encaminhando-os para as estruturas de apoio comunitárias.

Esta situação que se vive actualmente no serviço, vem reforçar a dificuldade acrescida e o desafio que se coloca diariamente a estes profissionais, que se inserem numa cultura organizacional hospitalar que tende a demitir-se das suas responsabilidades com os doentes que tem altas cada vez mais precoces com uma rede de apoio comunitária com poucas respostas em tempo útil face às necessidades imediatas das pessoas.

Parece-me claro que, nesta fase da minha formação académica e do meu percurso profissional, o hospital não poderá continuar de costas voltadas para a comunidade em que se insere. Sendo um caminho essencial que urge percorrer a aproximação do hospital com os Centros de Saúde e outros recursos comunitários, pois só assim será possível responder eficazmente às necessidades de pessoas e famílias que se vêm com um doente crónico e ou dependente em casa sem saber gerir as mudanças que esta crise vai implicar na sua dinâmica familiar.

Cabe-nos a nós profissionais de saúde, e sobretudo aos enfermeiros, envolver os doentes e famílias desde o início neste processo de capacitação para a autonomia e o auto-cuidado, estabelecendo parcerias e co-responsabilizando os doentes e famílias (*Empowerment*).

Mas, para que isto seja possível é preciso oferecer uma rede de suporte integrada e que trabalha em conjunto, rentabilizando parcerias entre os vários níveis de cuidados de saúde e utilizando os recursos significativos e úteis em cada caso e cada contexto. Deste modo, as Unidades de Saúde da SCML serão um recurso a conhecer e explorar melhor, uma vez que actuam preferencialmente em zonas problemáticas e

carenciadas da cidade de Lisboa e da área de abrangência do CHLC, EPE. Caracterizando-se por oferecer não só cuidados médicos e de enfermagem ao domicílio bem como ajuda social e técnica. Verificando-se, que em algumas situações, os doentes e famílias fazem a sua vigilância de saúde com maior assiduidade nestas Unidades de Saúde do que no seu próprio CS uma vez que dessa assiduidade depende a continuação de apoios técnico, económico e sociais – como por exemplo: o fornecimento de fraldas, medicamentos, alimentação, higiene pessoal, apoio para limpeza da casa ou tratamento de roupas.

**ANEXO 20 – Folha de referência para o CS X – Equipa de Cuidados Continuados/ USSC –
Apoio domiciliário**

REDE DE APOIO SOCIO-FAMILIAR:

PRINCIPAL CUIDADOR:

CONTACTO:

ÍNDICE GRAFFAR	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	NIVEL V

ÍNDICE BARTHEL	Total (<20)	Grave (20-35)	Moderado (40-55)	Leve (≥60)	Independente (100)

ESCALA DE BRADEN (risco UP)	Alto (<12)	Médio (13-15)	Baixo (≥16)

PROBLEMAS/NECESSIDADES ACTUAIS:	CUIDADOS DE ENFERMAGEM :

OBSERVAÇÕES:

DATA

O/A ENFERMEIRO

ANEXO 21 – Comunicação de ida à Urgência ou Reinternamento - bilateral

COMUNICAÇÃO DE IDA À URGÊNCIA OU REINTERNAMENTO – BILATERAL.

IDENTIFICAÇÃO (Etiqueta)	CENTRO DE SAÚDE: MÉDICO DE FAMÍLIA: ENFERMEIRO: N.º PROC. FAMILIAR: CARTÃO UTENTE: SISTEMA DE SAÚDE:
--------------------------	---

Acompanhamento domiciliário de _____ a _____.

Motivo de referência para ECC:

Antecedentes pessoais:

Medicação instituída:

Fármaco	Forma e dose	Via Administração	Esquema posológico					
			J	PA	A	L	J	C

DATA

O/A ENFERMEIRO DA ECC

Motivo de ida ao Serviço de Urgência:

Reinternado no Serviço:

OBSERVAÇÕES:

DATA

O/A ENFERMEIRO DO SU

