



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Elaborado por: Ana Teresa Carvalho Nogueira

Porto, Maio de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Elaborado por: Ana Teresa Carvalho Nogueira

Sob orientação de: Prof.^a Norminda Magalhães

Porto, Maio de 2011

Resumo

Segundo o Programa da Diabetes (World Health Organization, 2010), a Diabetes é responsável por 5% das mortes globais anuais. Prevê-se ainda um aumento de mais 50% nos próximos 10 anos, se não forem implementadas medidas urgentes.

O nosso País não é excepção e para comprovarmos temos os dados recentes do estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal: (PREVADIAB, 2009). Resultados apontam para 11,7% da população portuguesa ser diabética, o que corresponde a 905 035 indivíduos, isto é, a um décimo da população portuguesa. Estes dados referem-se à faixa etária compreendida entre os 20 e os 79 anos.

De acordo com a magnitude destes dados procurou-se desenvolver um diagnóstico de Saúde à população Diabética da Freguesia de Custóias. Foi caracterizada a população diabética da Freguesia de Custóias inscrita nas Clínicas Privadas I, II e III com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, no programa de saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Posteriormente procurou-se desenvolver projectos inseridos num Programa Educacional para Diabéticos Tipo 2 que de alguma forma procura dar resposta a algumas necessidades deste programa. O Programa Educacional para Diabéticos Tipo 2 contempla assim quatro projectos, intitulados: “Pés Saudáveis”, “A Medicação e o Diabético”, “Sessão Comemorativa do Dia Mundial da Diabetes” e “Vigiar para Controlar”. Estes projectos surgiram para dar resposta a três prioridades de intervenção na comunidade definidas pelo consenso de peritos da UCC da Senhora da Hora.

O objectivo foi promover conhecimentos sobre a Diabetes Mellitus nos Diabéticos tipo 2 com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, pertencentes à Freguesia de Custóias, que se encontram inscritos nas Clínicas Privadas I, II e III.

No desenvolver do projecto foram estabelecidas parcerias com diferentes entidades, entre elas, a Junta de Freguesia da Senhora da Hora, a Junta de Freguesia de Custóias, o Centro de Saúde da Senhora da Hora e a UCC da Senhora da Hora. Esta articulação foi fundamental para a actuação do enfermeiro como Especialista em Enfermagem Comunitária.

As estratégias adoptadas foram:

- Curso de Formação para os Diabéticos Tipo 2 com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, pertencentes à Freguesia de Custóias, inscritos nas Clínicas Privadas I, II e III, sobre Pé Diabético, Auto-vigilância da Glicemia Capilar e Regime Medicamentoso.
- Coordenar a Sessão Comemorativa do Dia Mundial da Diabetes na Freguesia de Custóias;
- Visitas Domiciliárias aos diabéticos dependentes em grau moderado a elevado que não puderam participar do Curso;
- Formação em serviço para todos os Profissionais de Saúde do Centro de Saúde da Sra. da Hora.

Abstract

According to the Diabetes Program (World Health Organization, 2010), diabetes accounts for 5% of global deaths annually. It is also expected an increase of over 50% in the next 10 years if urgent measures are not implemented.

Our country is no exception and to show that, we have the recent data from the study of Diabetes Prevalence in Portugal: (PREVADIAB, 2009). Results indicate 11.7% of its population have diabetes, corresponding to 905 035 individuals, one third of its population. These data refer to the ages between 20 and 79 years.

According to the magnitude of these data we sought to develop a health diagnosis to the Diabetic Population of the Parish Council of Custóias. We characterized the Diabetic Population of the Parish Council of Custóias that were registered on the private clinics I, II, III with convention with the National Health Service, on the Health Program "Risk Group: Diabetes" of the Support System of the Nurse Practice (SAPE).

After that we tried to develop projects included in an Education Program for Type 2 Diabetics that somehow seeks to address some needs of this program. The Education Program for Type 2 diabetes includes four projects, entitled: "Healthy Feet", "Medication and Diabetes", "Commemorative Session of the World Diabetes Day" and "Watch to Control", These projects have emerged to address these priorities for action in the community defined by the consensus from the UCC of Senhora da Hora.

The aim was to promote knowledge about diabetes mellitus type 2 on diabetics, in agreement with the National Health Service, belonging to Custóias, who are registered in Private Clinics I, II and III.

During the developing of the project, were established partnerships with various entities, including Parish council of Senhora da Hora, Parish council of Custóias and the Health Center and UCC from Senhora da Hora. The joint action was essential for the nurse conduct as a Master in Community Nursing.

The strategies adopted were:

- Training Course for Diabetics Type 2, in agreement with the National Health Service, belonging to the Town of Custóias, enrolled in Private Clinics I, II and III on the Diabetic Foot, Self-monitoring of blood glucose monitoring and medication regime.
- Coordinate the Commemorative Session of the World Diabetes Day in the Town of Custóias;
- Home visits for diabetics dependent on moderate to high that could not attend the course;
- In-service training for all Health Care Professionals of Sra. da Hora Health Center.

Pensamento:

"Mesmo que tu já tenhas feito uma longa caminhada, há sempre um caminho a fazer."

Santo Agostinho

AGRADECIMENTOS

Este trabalho exigiu grande empenho e dedicação da minha parte, mas sinto enorme orgulho em mim por ter conseguido desenvolvê-lo. Não o conseguiria realizar se não fosse a colaboração e o empenho de certas pessoas.

Assim, gostaria de agradecer às seguintes pessoas:

- Enfermeira Orientadora Norminda Magalhães pela sua disponibilidade e orientação ao longo de todo o Mestrado;

- Enfermeira Chefe e Orientadora de Estágio, da UCC do Centro de Saúde da Senhora da Hora, Alice Martins, pela sua disponibilidade, preocupação e orientação ao longo dos três Módulos de Estágio;

- Funcionários da Junta de Freguesia de Custóias pela sua colaboração e cedência de infra-estruturas;

- Junta de Freguesia da Senhora da Hora e de Custóias;

- Funcionários do Centro de Saúde da Senhora da Hora, especialmente aos profissionais de enfermagem, pela disponibilidade e colaboração;

- Aos Diabéticos tipo2 da Freguesia de Custóias que aceitaram partilhar as suas experiências e saberes, sem os quais este projecto não poderia ser realizado;

- À minha colega de grupo que esteve comigo ao longo de todo o trabalho, Sónia Cavaleiro.

- E finalmente à minha família e ao meu namorado, que me apoiaram e ajudaram a ultrapassar todas as dificuldades.

O meu muito obrigado!

Índice

0. INTRODUÇÃO.....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	17
1.1. Objectivos do Estágio.....	20
2. INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS	21
2.1. Projecto: “Pés Saudáveis”	21
2.1.1. Formação em Serviço para os Profissionais de Saúde:.....	24
2.2. Projecto: “A Medicação e o Diabético”	25
2.3 Projecto: “Sessão comemorativa do Dia Mundial da Diabetes”.....	27
2.4. Projecto: “Vigiar para Controlar”	30
2.4.1. Visitação domiciliária.....	32
3. ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	35
4. CONCLUSÃO	39
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	43
ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DA ULSM.....	45
ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE DO CONCELHO DE MATOSINHOS.....	55
ANEXO III – CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DA SENHORA DA HORA	79
ANEXO IV – CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DE CUSTÓIAS	85
ANEXO V – PEDIDO DE DADOS ÀS JUNTAS DE FREGUESIA DA SRA DA HORA E CUSTÓIAS	91
ANEXO VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS À ULSM E RESPECTIVO COMPROVATIVO DE AUTORIAÇÃO.....	95
ANEXO VII – ESCOLHA DA AMOSTRA	101
ANEXO VIII - QUESTIONÁRIO.....	105
ANEXO IX – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO MÓDULO I	111
ANEXO X – PROBLEMAS IDENTIFICADOS ATRAVES DO DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO.....	113
ANEXO XI – TRIAGEM.....	117
ANEXO XII – PROBLEMAS RESULTANTES DA TRIAGEM.....	119
ANEXO XIII – CONSENSO DE PERITOS.....	121
ANEXO XIV – COMPARAÇÃO POR PARES	123
ANEXO XV – PRIORIZAÇÃO FINAL DE PROBLEMAS.....	125
ANEXO XVI – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO MODULO II E III	127
ANEXO XVII - ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DO PÉ DIABÉTICO.....	131
ANEXO XVIII – ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE SOBRE A MEDICAÇÃO E O DIABETICO	135
ANEXO XIX – ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE SOBRE O DIA MUNDIAL DA DIABETES – SESSÃO COMEMORATIVA.....	139
ANEXO XX – ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE SOBRE A AUTO VIGILÂNCIA DA GLICEMIA CAPILAR	143

Abreviaturas e siglas

CIPE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
CSSH	Centro de Saúde da Senhora da Hora
DGS	Direcção Geral de Saúde
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
Enf. ^a	Enfermeira
HPH	Hospital Pedro Hispano
INE	Instituto Nacional de Estatística
MEC	Mestrado de Enfermagem Comunitária
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SINUS	Sistema de Informação das Unidades de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos

0. INTRODUÇÃO

Segundo o Programa da Diabetes (World Health Organization, 2010), a Diabetes é responsável por 5% das mortes globais anuais. Prevê-se ainda um aumento de mais 50% nos próximos 10 anos, se não forem implementadas medidas urgentes.

O nosso País não é excepção e para comprovarmos temos os dados recentes do estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal: (PREVADIAB, 2009). Resultados apontam para 11,7% da população portuguesa ser diabética, o que corresponde a 905 035 indivíduos, isto é, a um terço da população portuguesa. Estes dados referem-se à faixa etária compreendida entre os 20 e os 79 anos.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a Diabetes é uma das causas de morte que registou dos mais importantes acréscimos na última década. Assim sendo, o programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes engloba um conjunto de orientações estratégicas e intervenções propostas para Portugal no sentido da prevenção e controlo da doença. A grande probabilidade de ocorrência de complicações no doente Diabético faz com que a Diabetes seja um dos *“problemas de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total e parcial durante o século XXI.”* De acordo com DGS, (2007, p.2).

Torna-se por isso imperativo trabalhar a promoção de saúde na diabetes tipo 2 para minimizar e controlar as complicações.

A elaboração deste documento surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio, inserida no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem 2009/2011, especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A Unidade Curricular Estágio está organizada em três Módulos:

- Módulo I constituído por 10 ECTS, correspondente a 250 horas, das quais 180 horas foram presenciais; num período compreendido entre 19 de Abril e 18 de Junho de 2010; onde se desenvolveu um diagnóstico de Saúde;

- Módulo II preconizou uma carga horária de 250 horas totais, onde 180 horas foram de contacto presencial (10 ECTS) num período temporal compreendido entre 6 de Outubro e 29 de Novembro; onde se implementaram projectos de intervenção a partir do Diagnóstico de Saúde;

- Módulo III preconizou uma carga horária de 250 horas totais, onde 180 horas foram de contacto presencial (10 ECTS), num período temporal compreendido entre 1 de Dezembro a 30 de Janeiro. Este Módulo foi opcional, eu procurei dar continuidade aos projectos do Módulo II.

O Estágio foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH), integrada na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

O primeiro Módulo de Estágio teve como objectivo principal o desenvolvimento de um Diagnóstico de Saúde, em que se demonstrou conhecimentos e competências na área de Planeamento em Saúde.

Foi caracterizada a população diabética da Freguesia de Custóias inscrita das Clínicas Privadas I, II e III com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, no programa de saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

O estágio do Módulo II teve como principal objectivo a elaboração de um Projecto de Intervenção Comunitária, com a finalidade de aprofundar conhecimentos sobre as diferentes etapas que o constituem, contribuindo para a avaliação da unidade curricular. Foram desenvolvidos três Projectos de Intervenção Comunitária:

- “Pés Saudáveis”,
- “A Medicação e o Diabético”,
- “Sessão Comemorativa do Dia Mundial da Diabetes”.

O Estágio do Módulo III era opcional. Teve como principal objectivo a continuidade da elaboração dos Projectos de Intervenção Comunitária, o projecto desenvolvido foi:

- “Vigiar para Controlar”.

O grupo alvo da intervenção comunitária foi os Diabéticos tipo 2 com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, pertencentes à Freguesia de Custóias que se encontravam inscritos nas Clínicas Privadas I, II, III.

Os objectivos delineados para este relatório foram:

- Apresentar todo o trabalho realizado ao longo do estágio, bem como as estratégias propostas;
- Reflectir sobre a importância do auto-controlo da Diabetes tipo2;
- Despertar nos profissionais de saúde o interesse pela formação dos diabéticos tipo2;

Este relatório pretende demonstrar todo o percurso percorrido ao longo dos três Módulos de Estágio descrevendo os quatro Projectos de Intervenção Comunitária “Pés Saudáveis”, “A Medicação e o Diabético”, “Sessão Comemorativa do Dia Mundial da Diabetes” e “Vigiar para Controlar” que se encontram inseridos no Programa Educacional para Diabéticos Tipo 2, avaliando as estratégias aplicadas tendo em conta os objectivos previamente traçados.

Neste relatório será efectuada uma contextualização do estágio de intervenção comunitária, através da caracterização da comunidade. Serão descritos os projectos de intervenção comunitária e as fases que os constituíram, finalizando com a abordagem crítica das actividades.

A metodologia utilizada será descritiva e reflexiva através da análise das actividades desenvolvidas. O desenvolvimento da minha actividade teve como base os conhecimentos teóricos adquiridos e a minha experiência pessoal e profissional.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A saúde da população inscrita no Centro de Saúde é o foco da atenção da equipa de enfermagem, facilitando a interacção entre a comunidade e os serviços de saúde.

A gestão do regime terapêutico é um foco de atenção da prática de enfermagem, podendo ser definida, segundo o ICN (2005,p. 58), como *“um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária”*.

Tem-se reconhecido universalmente uma baixa adesão aos regimes terapêuticos, principalmente no caso de doenças crónicas (WHO, 2003), sendo assim, a adesão ao regime terapêutico tem sido uma área de crescente investimento pela saúde pública e alvo de interesse na sua abordagem pelos investigadores. (Myers, 1987)

No caso concreto da Diabetes, a adesão ao regime terapêutico tem um impacto maior, na medida em que o próprio regime terapêutico, se reveste de grande complexidade e exigência, requerendo por parte do indivíduo, um sentido de responsabilidade contínuo (Loureiro, 2007).

A Diabetes é considerada como um dos *“problemas de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total e parcial durante o século XXI.”* (DGS, 2007, p.2).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes engloba um conjunto de orientações estratégicas e intervenções propostas no sentido da prevenção e controlo da doença.

Estes projectos procuram operacionalizar alguns objectivos deste Programa Nacional a nível local, designadamente *“gerir de forma integrada a diabetes”* e *“reduzir a sua incidência”*, tendo por base as estratégias sugeridas, designadamente *“educação terapêutica da pessoa com diabetes”* e *“sessões de promoção da saúde e prevenção da doença”*.

A Intervenção Comunitária será a estratégia a utilizar para *“identificar as necessidades de saúde e as áreas prioritárias de intervenção”*. Esta intervenção envolverá um conhecimento e caracterização dos recursos da comunidade (Anexo I – Caracterização da ULSM, Anexo II – Caracterização da comunidade do Concelho de Matosinhos, Anexo III – caracterização da Freguesia da Senhora da Hora, Anexo IV – Caracterização da Freguesia de Custóias) e a identificação das temáticas alvo de actuação, numa perspectiva de educação para a saúde e com o intuito de capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacitantes (Carta de Ottawa, 1986).

No primeiro Módulo (Anexo IX – Cronograma de actividades do módulo I) foi elaborado um Diagnóstico de Situação (Anexo V – Pedido de dados às Juntas de Freguesia da Sra. da Hora e Custóias) e Anexo VI – Pedido de autorização para colheita de dados á ULSM e respectivo comprovativo de autorização).

A área programática seleccionada foi a Gestão / Adesão do Regime terapêutico na Diabetes. A amostra foi constituída pela população Diabética inscrita nas Clínicas Privadas I, II, III, identificada através da aplicação informática SINUS (Anexo VII – Escolha da amostra).

A amostra foi constituída por 160 utentes, destes 81 diabéticos foram caracterizados (Anexo X – Problemas identificados através do diagnostico de situação). A caracterização da população procedeu-se através de um formulário (Anexo VIII – Formulário) que foi aplicado a cada diabético.

Após o estudo estatístico, através do software S.P.S.S.244 (Statistical Package for Social Sciences – versão 17.0), dos dados fornecidos através do formulário chegou-se à conclusão que relativamente à percepção dos doentes em relação ao regime terapêutico 88,89% da amostra referiu controlar bem a doença. Este indicador não foi de encontro aos valores de glicemias em jejum e pós pandriais e valores de hemoglobina glicosilada que os doentes apresentaram e que demonstraram um mau controlo metabólico. Estes dados identificadores permitiram-me orientar na minha actuação futura.

Apenas 14,29% dos doentes necessitavam de insulina. Estes apresentavam dificuldades no procedimento de administração. Apesar da percentagem ser baixa consideramos importante intervir, uma vez que procedimentos errados podem conduzir à morte por excesso ou defeito de dosagem de insulina.

Da amostra em estudo 86,42% realizava a vigilância da glicemia capilar, contudo 13,58% não a realizava. Através da identificação dos motivos principais, a falta de conhecimento da importância e a falta de glucómetro pode actuar no sentido de capacitar esses utentes a gerirem melhor o seu regime terapêutico. A monitorização de glicemia capilar é um factor essencial que permite auxiliar o utente / família e os profissionais de saúde a entender o nível de controlo metabólico de forma a ajustar o regime terapêutico, potenciando bons resultados (Duarte, 2002). Também constatei que 90% efectuava o procedimento de forma errada, na zona central do dedo, que atinge as terminações nervosas, provocando lesões.

Em relação à vigilância do pé os resultados do Diagnóstico de Situação não foram satisfatórios, 56,25% não realiza a vigilância do pé. Procedimento fundamental na medida em que permite prevenir ou detectar precocemente lesões, que poderão levar em última instância à amputação dos membros.

Após o processo de Diagnóstico de Situação realizado no Módulo I chegou-se a vários problemas, foi elaborada uma tabela expondo todos os problemas que surgiram através de um questionário realizado aos diabéticos tipo 2 com convenção com o serviço nacional de saúde

inscritos nas clínicas privadas I, II, III. De seguida foram definidas prioridades de acordo com a relevância do problema para a comunidade/ impacto na Saúde, a possibilidade de prevenção, a aplicabilidade temporal do projecto e os recursos humanos e materiais. A técnica utilizada pelo consenso de peritos foi a técnica de triagem. (Anexo XI – Triagem). Depois dos peritos chegarem aos problemas mais importantes, resultantes da triagem (Anexo XII – Problemas resultantes da triagem) aplicaram a técnica de grupo nominal (Anexo XIII – Consenso de peritos) para chegarem aos problemas prioritários. Finalmente foi elaborada uma lista de problemas segundo ordem de prioridades.

Após a aplicação da Técnica de Grupo Nominal encontraram-se problemas com o mesmo valor de prioridade. Como forma de desempate, utilizou-se o método de comparação por pares. (Anexo XIV – Comparação por pares).

Finalmente foi elaborada uma tabela com a priorização final de problemas. (Anexo XV – Priorização final de problemas)

Tendo em conta o tempo disponível (dois meses – Módulo II (Anexo XVI – Cronograma de estágio modulo II e III) e os recursos humanos disponíveis (duas estagiárias) para a execução e implementação de Projectos de Intervenção optou-se por dar resposta aos quatro primeiros problemas.

Procedeu-se à divisão das áreas de intervenção chave pelas alunas. Assim a minha intervenção foi:

- P15 – Auto-vigilância do pé,
- P11 – Regime Medicamentoso.

No Módulo de estágio III a intervenção foi no P14 – auto-vigilância da glicemia capilar. Não se seguiu a ordem da lista (P10- Complicações agudas) e avançou-se um problema porque de alguma forma já havíamos intervindo a esse nível e a Enf.^a orientadora do estágio indicou esse problema como mais importante para o continuar do Curso.

O grupo alvo da intervenção foi: os Diabéticos tipo 2 com convenção com o serviço nacional de saúde pertencentes às clínicas privadas I, II, III. Foram contactados todos os utentes que realizaram o questionário de diagnóstico, foram seleccionados para a intervenção os que atendiam o telefone e estiveram dispostos a participar.

1.1. Objectivos do Estágio

Com a realização do estágio pretende-se cumprir objectivos, assim, de acordo com o Guia de estágio foram seleccionados os seguintes objectivos gerais:

- Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem na comunidade visando a prestação de cuidados especializados ao indivíduo/família ou grupo.
- Efectuar Diagnóstico de Saúde relativamente à GRT e Auto-vigilância da população diabética da área de abrangência da UCC da Sra. da Hora. Será feita a caracterização de um subgrupo da comunidade de diabéticos de acordo com as necessidades do serviço e de forma a tornar o projecto exequível tendo em conta o tempo de estágio previsto.
- Implementar Projectos de Intervenção Comunitária mediante as necessidades em saúde emergentes do diagnóstico de saúde.

Os objectivos específicos foram:

- Seleccionar a amostra de acordo com a área programática em estudo: Diabetes;
- Seleccionar um instrumento de colheita de dados;
- Recolher dados sobre a população através de instrumento seleccionado;
- Proceder ao tratamento dos dados recolhidos;
- Fazer uma análise sobre os resultados obtidos;
- Caracterizar os aspectos sócio demográficos, culturais, de saúde, educação, actividade económica, comunicação e ambientais da área de abrangência;
- Identificar necessidades de suporte por parte dos diabéticos;
- Planear intervenções comunitárias;
- Executar intervenções comunitárias;
- Construir indicadores de execução e de actividade;
- Participar com os utentes no processo de tomada de decisão, ajudando a esclarecer dúvidas;
- Desenvolver capacidades de comunicação e aconselhamento;
- Desenvolver relação de ajuda com os utentes;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o utente, a família e a comunidade;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o utente, a família e a comunidade na área da enfermagem comunitária;
- Avaliar uma intervenção comunitária;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde que foram surgindo. Com base nos objectivos descritos foram ser elaboradas estratégias de intervenção no sentido de adquirir competências nas áreas do saber fazer e saber ser que caracterizam a Enfermagem Comunitária.

2. INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS

As várias intervenções comunitárias realizadas ao longo do estágio iniciaram-se pela pesquisa bibliografia sobre a temática: Diabetes Mellitus Tipo 2. O enquadramento teórico baseou-se não só nesta pesquisa, mas também, nos dados estatísticos do INE, na base de dados dos serviços administrativos, nos dados do SAPE e SINUS.

2.1. Projecto: “Pés Saudáveis”

O projecto “pés saudáveis” pretendeu dar resposta a uma necessidade de intervenção: a auto-vigilância do pé diabético. (Anexo XVII - Actividades de Educação para a Saúde do pé Diabético)

Através da análise estatística chegamos á conclusão que 56,25% dos utentes não realizava a auto-vigilância do pé.

No âmbito do projecto “Pés Saudáveis” trabalhei com a colaboração de outro profissional que é responsável pela temática “Pé diabético” na UCC da Senhora da Hora.

A população alva do projecto “Pés Saudáveis” foi os Diabéticos Tipo II com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, pertencentes à Freguesia de Custóias que se encontravam inscritos nas Clínicas privadas I, II, III.

O tempo previsto para a realização do projecto encontra-se protocolado pela Universidade Católica do Porto, decorreu entre 6 de Outubro de 2010 a 29 de Novembro de 2010. Este período compôs o Modulo de Estágio II do Estágio.

Assim, o objectivo geral traçado foi:

- Instruir os utentes diabéticos tipo 2, inseridos no projecto, sobre o pé-diabético.

Neste projecto, os objectivos específicos foram:

- Promover a aquisição de conhecimentos sobre a higienização do pé diabético,
- Identificar os cuidados a ter com os pés,
- Descrever como se efectua a auto vigilância do pé,
- Incentivar a adesão às actividades do projecto,
- Identificar a satisfação do diabético face ao projecto.

As metas estabelecidas foram:

- Que 50% dos diabéticos demonstrassem conhecimentos sobre a higienização do pé diabético,
- Que 50% dos diabéticos identificassem os cuidados a ter com os pés,
- Que 50% dos diabéticos descrevessem como se efectua a auto vigilância do pé,

- Que 20% dos diabéticos contactados aderissem às actividades do projecto,
- Que 50% dos diabéticos manifestassem satisfação com o projecto.

As estratégias e actividades adoptadas foram:

- Divulgação do projecto à comunidade
- Formação em serviço para todos os profissionais do centro de saúde da Sra. da Hora
- Um curso de formação para os Diabéticos tipo2 sobre pé Diabético
- Fornecimento de panfletos sobre a temática
- Exposição de informação através de data show
- Realização aula prática de auto-vigilância do pé aos Diabéticos
- Realização de Sessão de Educação para a Saúde no sentido de fornecer informação e esclarecer dúvidas na tentativa de modificar comportamentos
- Fornecimento de material de apoio
- Posters para divulgação dos eventos.

Para a execução deste projecto foi contactada a Junta de Freguesia de Custóias no sentido dar conhecimento sobre o Curso que se pretendia realizar pedindo a autorização de utilização do Salão Nobre da Junta de Freguesia.

O grupo alvo do Curso foi os Diabéticos tipo 2 inscritos no Sistema Nacional de Saúde com convenção com o Centro de Saúde da Sra. da Hora inscritos nas clínicas privadas I, II, III.

Foram desenvolvidas várias actividades dentro da temática Pé Diabético e realizadas Educações para a Saúde. Foram desenvolvidas três Sessões sobre o pé diabético, sendo duas teóricas e uma prática. As sessões decorreram na junta de freguesia de Custóias, no Salão Nobre.

No final de cada actividade de educação para a saúde foi elaborado e entregue um questionário sobre o pé diabético que nos deram os resultados para podermos elaborar os indicadores de avaliação. O questionário com informação sobre os conhecimentos iniciais, antes das actividades já foi preenchido no momento do diagnóstico de situação.

Os indicadores propostos foram:

Indicador de actividade

Indicador de participação:

Nº de diabéticos que participa nas actividades do Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos contactados para o Projecto

Foram contactados 30 utentes a participarem no projecto, vieram 25 utentes às sessões, pelo que este indicador se situa nos 83,33%. A Meta estabelecida foi de 20% pelo que, se superou a adesão esperada para este projecto.

Indicadores de resultado*Indicador de conhecimento*

Nº de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a higienização dos pés x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Foi elaborado um questionário sobre o pé diabético com questões sobre a higienização dos pés no final da sessão ao qual 100% dos participantes demonstraram conhecimentos sobre a higiene a ter com os pés. A meta proposta era de 50% pelo que superou as expectativas.

Indicador de satisfação:

Nº de diabéticos satisfeitos com o Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos que respondem ao questionário de satisfação

Todos os Diabéticos responderam que estavam satisfeitos com o projecto pelo que consegui uma taxa de 100% de satisfação. Este valor foi dado através de questionário de satisfação que foi elaborado. A meta proposta era de 50% pelo que superou as expectativas.

Indicador de vigilância do pé

Nº de diabéticos que descrevem como se efectua a auto-vigilância do pé diabético x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Através do questionário elaborado na Sessão do Pé Diabético 100% do Diabéticos participantes na sessão descreveram a auto vigilância do pé. A meta proposta foi de 50% pelo que superou as expectativas.

Indicador de cuidados com o pé

Nº de diabéticos que identifiquem os cuidados a ter com o pé x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Através do questionário realizado na Sessão do Pé Diabético 100% do Diabéticos participantes na sessão identificaram os cuidados a ter com o pé. A meta proposta foi de 50% pelo que superou as expectativas.

2.1.1. Formação em Serviço para os Profissionais de Saúde:

Inserido no projecto sobre o pé diabético realizamos uma actividade para aferir a formação dos profissionais inseridos na UCC e no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

A actividade realizada sobre a temática foi na UCC onde foram convocados todos os profissionais de Enfermagem e foi exposta informação sobre o pé diabético.

Os conteúdos abordados foram: Pé isquémico e Pé neuropático, as complicações do pé diabético, tratamento do pé diabético, risco de pé diabético, Frequência de vigilância do pé por profissional de saúde, factores de risco.

Esta formação teve como objectivo elucidar os profissionais de saúde para a importância da vigilância do pé diabético pois esta não é efectuada com muita frequência no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

As metas propostas foram:

- Que 20% dos profissionais contactados realizem a formação;
- Que 50% dos profissionais manifeste satisfação com a formação.

Indicadores propostos foram:

Indicador de actividade

Indicador de participação:

Nº de profissionais que faz a formação x ¹⁰ⁿ

Nº total de profissionais contactados

Foram contactados 30 profissionais a realizarem a formação, vieram 25 profissionais, pelo que este indicador se situa nos 83,33%. A Meta estabelecida foi de 20% pelo que, se superou a adesão esperada para este projecto.

Indicador de resultado

Indicador de satisfação:

Nº de profissionais satisfeitos com a formação x ¹⁰ⁿ

Nº total de profissionais presentes na formação

Todos os profissionais responderam que estavam satisfeitos com a formação pelo que consegui uma taxa de 100% de satisfação. Este valor foi dado através de questionário de satisfação que foi elaborado. A meta estabelecida foi de 50% pelo que superou as expectativas.

2.2. Projecto: “A Medicação e o Diabético”

O projecto “A Medicação e o Diabético” pretenderam dar resposta a uma necessidade de intervenção: Regime medicamentoso. (Anexo XVIII – Actividades de Educação para a Saúde sobre a Medicação e o Diabético).

A população alvo do projecto “Medicamentos e o Diabético” é os Diabéticos Tipo 2 com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, pertencentes à Freguesia de Custóias que se encontram inscritos nas Clínicas privadas I, II, III.

Assim, o objectivo geral traçado foi:

- Instruir os utentes diabéticos tipo 2, inseridos no projecto, sobre o regime medicamentoso, incluindo a terapêutica oral e subcutânea.

Neste projecto, os objectivos específicos foram:

- Promover a aquisição de conhecimentos sobre hipoglicemia,
- Promover a aquisição de conhecimentos sobre hiperglicemia,
- Identificar os cuidados a ter com a medicação,
- Promover conhecimentos sobre a administração de insulina,
- Incentivar os diabéticos a aderir às actividades do projecto,
- Identificar a satisfação do diabético face ao projecto.

As metas estabelecidas foram:

- Que 50% dos diabéticos demonstrem conhecimentos sobre hipoglicemia,
- Que 50% dos diabéticos demonstrem conhecimentos sobre hiperglicemia,
- Que 50% dos diabéticos indique os cuidados a ter com a medicação,
- Que 5% dos diabéticos demonstrem conhecimentos sobre a administração de insulina,
- Que 20% dos diabéticos contactados adiram às actividades do projecto.
- Que 50% dos diabéticos manifeste satisfação com o projecto.

As estratégias e actividades adoptadas foram:

- Divulgação do projecto á comunidade
- Realizar Sessão de Educação para a Saúde
- Um curso de formação para os Diabéticos tipo2 sobre Regime medicamentoso
- Fornecimento de panfletos sobre a temática
- Demonstração de informação através de data show
- Realização aula prática de administração de insulina
- Realização de sessão teórica no sentido de fornecer informação e esclarecer dúvidas na tentativa de modificar comportamentos

- Fornecimento de material de apoio
- Posters para divulgação dos eventos.

Foram realizadas duas actividades de educação para a saúde sobre a temática regime medicamentoso.

Os indicadores propostos foram:

Indicador de actividade

Indicador de participação:

Nº de diabéticos que participa nas actividades do Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos contactados para o Projecto

Foram contactados 30 utentes a participarem no projecto, vieram 25 utentes às sessões, pelo que este indicador se situa nos 83,33%. A Meta estabelecida foi de 20% pelo que, se superou a adesão esperada para este projecto.

Indicadores de resultado

Indicador de conhecimento

Nº de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a hipoglicemia x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Foi elaborado um questionário sobre o regime medicamentoso com questões sobre a hipoglicemia no final da sessão ao qual 100% dos participantes demonstraram conhecimentos sobre a hipoglicemia. A meta proposta era de 50% pelo que superou as expectativas.

Indicador de satisfação:

Nº de diabéticos satisfeitos com o Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos que respondem ao questionário de satisfação

Todos os Diabéticos responderam que estavam satisfeitos com o projecto pelo que consegui uma taxa de 100% de satisfação. Este valor foi dado através de questionário de satisfação que foi elaborado. A meta proposta era de 50% pelo que superou as expectativas.

Indicador de conhecimento

Nº de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a hiperglicemia x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Foi elaborado um questionário sobre o regime medicamentoso com questões sobre a hiperglicemia no final da sessão ao qual 100% dos participantes demonstraram conhecimentos sobre a hiperglicemia. A meta proposta era de 50% pelo que superou as expectativas.

Indicador de cuidados com a medicação

Nº de diabéticos que identifiquem os cuidados a ter com a medicação x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Através do questionário realizado na Sessão do regime medicamentoso, 100% do Diabéticos participantes na sessão identificaram os cuidados a ter com a medicação. A meta proposta foi de 50% pelo que superou as expectativas.

Indicador de conhecimento

Nº de diabéticos que tem conhecimentos sobre administração de insulina x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

No grupo de diabéticos que integram o projecto (25 utentes) e que participaram nas sessões, apenas 2 faziam insulina. Pelo que, 8% dos participantes demonstrou conhecimentos sobre administração de insulina.

A meta era de 5% pelo que superou as expectativas.

2.3 Projecto: “Sessão comemorativa do Dia Mundial da Diabetes”

No âmbito do Dia Mundial da Diabetes pretendeu-se realizar uma sessão comemorativa que envolveu toda a comunidade da área geográfica de abrangência da UCCSH. O dia Mundial da Diabetes foi a 14 de Novembro, a Sessão decorreu das 8h00 às 13h00 da manhã. (Anexo XIX – Actividades de Educação para a Saúde sobre o dia mundial da diabetes – sessão comemorativa)

Este projecto foi realizado em colaboração com minha colega de estágio.

A nível da execução contou-se com o apoio da equipa multidisciplinar que compõe a UCCSH e da ULSM.

Neste projecto desenvolvi actividades a nível do regime medicamentoso e do pé diabético, sendo assim, os indicadores referem-se apenas ao meu campo de actuação, a componente exercício físico e alimentação ficou a cargo da minha colega de estágio. De qualquer forma como trabalhamos em conjunto desenvolvemos as actividades em parceria.

A população - alvo deste Projecto foi toda a comunidade que pertence à área geográfica de abrangência da UCCSH, designadamente as freguesias de Custóias, Senhora da Hora e Guifões.

Segundo os Censos 2001, a população residente em cada freguesia é de 26,543 na Senhora da Hora, 18,065 em Custóias e 9,686 em Guifões perfazendo um total de 54,294 indivíduos.

O planeamento deste projecto decorreu no período de 6 de Outubro a 14 de Novembro de 2010.

Objectivo geral traçado foi:

- Sensibilizar a comunidade para a problemática da Diabetes

Objectivos específicos foram:

- Desenvolver actividades rastreio ao risco de desenvolver diabetes
- Incentivar a comunidade para comportamentos de procura de serviços de saúde
- Promover a prática de exercício físico
- Promover a prática de uma alimentação saudável
- Alertar para as complicações da Diabetes
- Fornecer aconselhamento ajustado às necessidades individuais tendo em conta as três dimensões do regime terapêutico: alimentação, exercício, regime medicamentoso
- Identificar a satisfação da população face ao projecto
- Promover actividades de vigilância do pé diabético

Os objectivos operacionais ou Metas foram:

- Que 40% execute as actividades de rastreio sobre o risco de desenvolver diabetes,
- Que 20% participe na actividade de vigilância do pé diabético no dia 14 de Novembro de 2010.
- Que 5% dos presentes na sessão procure informação sobre regime medicamentoso
- Que 70% da população manifeste satisfação com o projecto

Devido à magnitude deste projecto foram envolvidas várias entidades e profissionais na sua execução. Para isso contamos com a colaboração da equipa multidisciplinar da ULSM e alguns profissionais externos. Este projecto incluiu: Enfermeiros, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Médicos, Psicopedagogas, Professoras de Educação Física, Elementos da equipa de marketing da ULSM, Chefes de Cozinha

Estratégias e actividades da Sessão:

- Divulgar o programa com panfletos,
- Posters para a divulgação do evento,
- Posters sobre complicações e sinais de Diabetes (já elaborados e disponíveis para impressão no site da Associação Internacional de Diabetes: IDF),
- T-shirts,
- Vídeos educativos,

- Livros sobre alimentação saudável
- Folhetos educativos,
- Divulgação no jornal e rádio locais;
- Divulgação junto da consulta externa do Hospital Pedro Hispano e Centro de Saúde da Senhora da Hora
- Angariação de patrocínios junto dos laboratórios para financiamento de materiais;
- Desenvolvimento de actividades que seja um veículo de interesse para a população como por exemplo rastreios, aula de culinária, aula de Reiki, relaxamento;
- Colaboração da equipa responsável pelo Projecto “Põe-te a Mexer” no sentido de participar na Sessão e motivar os seus participantes;
- Estabelecer parcerias com as juntas de freguesia no sentido de envolver toda a comunidade na Sessão;
- Apoio dos Lyons no sentido de auxiliarem na concretização do evento
- Fornecimento de materiais educativos à população sobre Diabetes
- Realização de Workshops no sentido de sensibilizar a população para a problemática;
- Recorrer a um Chef de cozinha para realizar uma aula de culinária no sentido de apelar para hábitos alimentares saudáveis e afastar a conotação castradora da “dieta” associada aos profissionais de saúde;
- Fornecimento de livro de receitas no sentido de concorrer para a mudança de hábitos alimentares mais saudáveis;
- Fornecimento de material de divulgação específico sobre os recursos de saúde disponíveis na comunidade de forma a facilitar e a promover o acesso aos mesmos.
- Realizar aula de relaxamento de forma a promover o bem-estar físico e psicológico da população
- Oferecer Pin’s com o símbolo global da Diabetes (círculo azul) no sentido de sensibilizar para a problemática e promover uma identidade comum.

Indicadores estabelecidos foram:

Indicadores de actividade

Indicador de pessoas rastreadas

Nº de pessoas rastreadas sobre o risco de desenvolver diabetes x¹⁰ⁿ

Nº de pessoas participantes do evento

Foram rastreadas 120 pessoas, no total participaram 250 pessoas no evento. Perfaz um total de 48%. A meta estabelecida foi de 40% pelo que superou as expectativas.

Indicador de pessoas que procuram informação sobre regime medicamentoso

Nº de diabéticos que procura informação sobre o regime medicamentoso x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos presentes no evento

Foram colocados profissionais de saúde com canetas de administração de insulina subcutânea e onde era fornecido esclarecimento sobre a temática. Foram 50 os participantes que procuraram informação. Sendo assim 20% dos participantes diabéticos no evento recorreram à informação. A meta era de 5% o que supera as expectativas.

Indicador de participação:

Nº de diabéticos que participa as actividades do pé diabético com a observação do pé por um podologista x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos presentes no evento

Estiveram presentes 250 participantes no Dia Mundial da Diabetes, dos quais 70 foram observar o pé ao podologista pelo que faz uma taxa de adesão de 28%. A Meta estabelecida foi de 20% pelo que, se superou a adesão esperada para este projecto.

Indicador de satisfação:

Nº de pessoas que manifesta satisfação com o Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de pessoas que respondem ao questionário de satisfação

Todas as pessoas responderam que estavam satisfeitos com o projecto pelo que conseguimos uma taxa de 100% de satisfação.

2.4. Projecto: “Vigiar para Controlar”

O projecto “Vigiar para Controlar” pretende dar resposta a uma necessidade de intervenção: a Auto-Vigilância da Glicemia Capilar. (Anexo XX – Actividades de Educação para a Saúde sobre a Auto Vigilância da Glicemia Capilar).

Através da análise estatística cheguei á conclusão que 13,58% não realiza a auto-vigilância da glicemia capilar; 62,69% só o faz em jejum; 30,61% realiza a punção sempre no mesmo local; 16,67% não troca de agulha após o procedimento; 41,54% não sabe interpretar os valores de glicemia.

A população alvo do projecto “Vigiar para Controlar”, foram os Diabéticos Tipo 2 com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, pertencentes à Freguesia de Custóias que se encontram inscritos nas Clínicas privadas I, II, III.

Assim, o objectivo geral traçado foi:

- Instruir os utentes diabéticos tipo 2, inseridos no projecto, sobre a auto-vigilância da glicemia capilar.

Neste projecto, os objectivos específicos foram:

- Promover a aquisição de conhecimentos sobre os valores normais de glicemia capilar,
- Promover a aquisição de conhecimentos sobre como actuar perante alteração dos valores normais de glicemia capilar,
- Realizar de forma correcta uma punção capilar,
- Incentivar os diabéticos a aderir às actividades do projecto,
- Identificar a satisfação do diabético face ao projecto.

As metas estabelecidas foram:

- Que 50% dos diabéticos demonstrem conhecimentos os valores normais de glicemia capilar,
- Que 50% dos diabéticos demonstrem conhecimentos sobre como actuar perante alteração dos valores normais de glicemia capilar,
- Que 50% dos diabéticos realize de forma correcta uma punção capilar,
- Que 20% dos diabéticos contactados adiram às actividades do projecto.
- Que 50% dos diabéticos manifeste satisfação com o projecto.

As estratégias e actividades adoptadas foram:

- Divulgação do projecto á comunidade
- Realizar Sessão de Educação para a Saúde
- Sessão teórica sobre a temática
- Sessão prática sobre a punção capilar
- Visitação domiciliária
- Fornecimento de panfletos sobre a punção capilar
- Demonstração de informação através de data show
- Fornecimento de material de apoio
- Posters para divulgação dos eventos.

Foram desenvolvidas várias actividades dentro da temática Vigilância da glicemia capilar. Foram realizadas três actividades de educação para a saúde sobre a temática em causa.

2.4.1. Visitação domiciliária

O mês de Janeiro foi inteiramente dedicado à visitação domiciliária. Foram efectuadas visitas domiciliárias aos utentes Diabéticos que preencheram o questionário no Módulo I mas não puderam estar presentes nas sessões por serem Diabéticos dependentes em grau moderado a elevado.

Foram contactados telefonicamente, dos 10 contactados pediram a colaboração apenas 8.

Em contexto domiciliário foi entregue o dossier com todos os slides de todas as temáticas abordadas nas Sessões de Educação para a Saúde.

Ao prestador de cuidados, era dada informação conforme as necessidades expressadas.

Eram abordados todos os temas inerentes à Diabetes e tiradas dúvidas.

Esta visitação domiciliária justificou-se a fim de colmatar a necessidade do utente acamado ou dependente de também ter direito a receber informação e de pedidos informais feitos pelos prestadores de cuidados.

Os indicadores propostos foram:

Indicador de actividade

Indicador de participação:

Nº de cuidadores informais que participa nas actividades do Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de cuidadores contactados para o Projecto

Foram contactados 10 utentes e apenas 8 utentes foram alvo da minha intervenção, pelo que este indicador se situa nos 80%.

Indicadores de resultado

Indicador de conhecimento

Nº de cuidadores informais que demonstrou conhecimentos sobre os valores normais de glicemia capilar x ¹⁰ⁿ

Nº de cuidadores informais que participou no Projecto

Foi elaborado um questionário sobre a auto-vigilância da glicemia capilar aos cuidadores informais, com questões sobre os valores normais de glicemia capilar, no final da visitação domiciliária, ao qual 100% dos participantes demonstraram conhecimentos sobre os valores normais.

Indicador de satisfação:

Nº de cuidadores que manifesta satisfação com o Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de cuidadores que respondem ao questionário de satisfação

Todos os cuidadores informais responderam que estavam satisfeitos com o projecto pelo que consegui uma taxa de 100% de satisfação. Este valor foi dado através de questionário de satisfação que foi elaborado.

Indicador de conhecimento

Nº de cuidadores informais que demonstra conhecimentos sobre como actuar perante alteração dos valores normais de glicemia capilar x ¹⁰ⁿ

Nº de cuidadores informais que participa no Projecto

Foi elaborado um questionário sobre a auto-vigilância da glicemia capilar com questões sobre as alterações da glicemia capilar e como proceder perante elas ao qual 100% dos cuidadores demonstraram conhecimentos sobre como actuar perante as alterações e como reconhece-las.

Indicador de realização de punção capilar

Nº de cuidadores informais que realiza de forma correcta a punção capilar x ¹⁰ⁿ

Nº de cuidadores informais que participa no Projecto

Todos os cuidadores informais realizaram a punção capilar de forma correcta pelo que obtivemos um resultado de 100%.

3. ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A Diabetes é uma das causas de morte que registou dos mais importantes acréscimos na última década, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010. A diabetes é responsável por 5% das mortes globais anuais. Prevê-se ainda um aumento de mais de 50% nos próximos 10 anos, se não forem implementadas medidas urgentes.

A escolha pelo tema: Diabetes teve como principio os dados estatísticos alarmantes que evidencia a actualidade do País e do Mundo. Foi esta a motivação encontrada para desenvolver todo um trajecto a percorrer que se avizinhou cheio de obstáculos e contrariedades mas que se revelaram possíveis de ultrapassar.

Na fase de diagnóstico de situação deparei-me com dificuldades tanto de ordem teórica como prática. Nos módulos seguintes o caminho foi mais árduo na sua componente prática.

Espera-se de um enfermeiro especialista um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, foi esse conhecimento que foi atingido no final de toda a etapa percorrida. O resultado desta etapa traduziu-se na aquisição de competências clínicas especializadas relativas a um campo de actuação especializado, que no meu caso, foi na área da Diabetes.

A preocupação fundamental foi com a promoção da saúde da comunidade e prevenção da doença, avaliando os indivíduos, as famílias e a própria comunidade em si para depois poder intervir na forma mais adequada a cada necessidade observada, avaliando posteriormente os resultados.

Foram adquiridas competências na área de especialização em enfermagem comunitária ao longo de todos os estágios.

A conclusão dos estágios corresponde a um período de aprendizagem muito intenso, cheio de experiências pessoais e profissionais, que marcaram definitivamente a minha vida, tanto a nível pessoal como profissional.

Como exerço funções num Hospital, ao longo do estágio deparei-me com uma realidade que não estava habituada. Na fase de diagnóstico a principal dificuldade deparava-se com os pedidos de autorização, pois as exigências burocráticas implícitas não eram do meu domínio enquanto enfermeira de hospital e tive que aprender a realiza-las.

Os projectos de intervenção elaborados tiveram como base a diabetes. Foram desenvolvidos quatro projectos de intervenção aos utentes diabéticos da freguesia de Custóias pertencentes às clínicas privadas I, II, III.

As dificuldades com que me deparei na elaboração dos projectos foram relativas á definição de objectivos, de metas e de formulação de indicadores, mas que com a pesquisa bibliográfica, com a ajuda da orientadora e o trabalho de grupo foram superadas.

Foram realizadas sessões de educação para a saúde, a selecção de conteúdos para apresentar nas sessões foi imperativa, pois o objectivo era ir de encontro aos problemas detectados no diagnóstico de saúde utilizando uma linguagem acessível ao público-alvo que eram diabéticos com média de idades de 60 anos. Esta preocupação reflectiu-se na excelência das relações e da qualidade dos serviços.

Na acção de formação em que foi convidado um profissional para o tema pé diabético, os utentes ficaram muito entusiasmados com a novidade e assimilaram da formação o máximo que conseguiram. Foi muito gratificante pela constante troca de experiências entre o profissional e os utentes. É uma experiência a repetir no futuro.

Nas sessões era muito valorizada a troca de experiências entre os utentes. Estes compreendiam melhor o que lhes era transmitido se fossem demonstrados exemplos com outras pessoas ou situações. Isso contribuiu para a mudança de comportamentos não só individual mas do grupo como um todo colectivo.

Num dos meus locais de trabalho, (Clínica), realizo visitas domiciliárias com o intuito de realizar tratamentos, administrar injectáveis, realizar despistes e prestar cuidados mas as visitas como aluna de especialidade era totalmente diferente. O tempo prestado com os utentes era gratificante, calmo, a ajuda era não só no domínio da diabetes mas também noutras áreas de actuação de enfermagem conforme as suas dúvidas e inquietudes. No final ficou uma sensação de dever cumprido e de bem-estar que superou todo o cansaço que a visita domiciliária implica. Este cansaço provinha não só das várias visitas mas também pelo facto da área de abrangência não ser do meu conhecimento e das inúmeras procuras falhadas pelas casas dos utentes.

Nas visitas domiciliárias era evidente a vontade de saber, de aprender tanto do dependente como do prestador de cuidados. A atenção dada ao profissional era imensa. Nunca se pode prever o tempo que se demora numa visita, por vezes uma tarde inteira ou uma manhã só com uma família. O principal objectivo das visitas foi para promover uma intervenção entre o profissional e o utente que serviu como meio para a transmissão de informação e de instrumento de avaliação de aquisição de conhecimentos e de satisfação.

Tanto nas visitas domiciliárias como nas sessões de educação para a saúde era notória a dificuldade dos utentes em perceber a existência de consulta do pé diabético. A grande maioria nunca tinha realizado a observação do pé pelo profissional de saúde. Desta constatação surgiu a urgência em realizar uma formação aos profissionais do centro de saúde da Senhora da Hora no sentido de mudar comportamentos e hábitos prevenindo a doença e promovendo a saúde do diabético.

Com a formação foi notório o grau de satisfação por parte dos profissionais, isto porque, a formação veio não ó consolidar conhecimentos, mas principalmente sensibilizar para a importância de uma vigilância eficaz do pé diabético.

Também inerente a esta evidência foi leccionada uma aula aos alunos do 2º ano de Enfermagem da Universidade Católica do Porto com o mesmo propósito, desde cedo, sensibilizar e consolidar conhecimentos para a problemática do pé diabético.

Foi intensa a procura pela informação por parte dos alunos. A troca de experiências entre os alunos e o profissional foi dinâmica e dominou grande parte da formação.

Esta interactividade entre mim e os alunos foi enriquecedora, vai ficar marcada em mim tanto a nível pessoal como profissional. Contribuiu para o meu saber ser, e saber estar.

Todo o projecto proporcionou uma grande aproximação com a comunidade. Pude desenvolver competências não só a nível de relações como no desenvolvimento de articulações e parcerias com entidades da comunidade que até então desconhecia, tais como: a Junta de Freguesia de Custóias, com os profissionais do centro de saúde, com profissionais de outros centros de saúde que colaboraram com o projecto, com dirigentes do Pavilhão desportivo de Custóias, com o Porto Canal.

Esta articulação foi muito importante e positiva. Prevê-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária desenvolva as suas competências e actue na comunidade.

Esta parceria tornou-se ainda mais intensa quando se planeou e executou a Sessão Comemorativa do Dia Mundial da Diabetes. As combinações eram feitas entre o profissional e varias entidades ao mesmo tempo. Trabalhei não só com a Junta de Freguesia de Custóias, mas também com: os dirigentes e responsáveis pelo Pavilhão de Desportos de Custóias, com delegados de propaganda médica, com profissionais de várias áreas de saúde tanto do Centro de Saúde da Senhora da Hora como de outros Centros de Saúde, com a equipa de Recursos Humanos do CS da Senhora da Hora, com Chefes de Cozinha que foram convidados a participar no evento, com a equipa de profissionais do “Põe-te a Mexer” e finalmente tentando expor mediaticamente o evento através do Porto Canal.

Em relação aos objectivos propostos, considero que foram atingidos, uma vez que, foi possível: aplicar os meus conhecimentos das diversas áreas, realizar um diagnóstico de situação, estabelecer prioridades de intervenção, intervir de forma eficaz e eficiente na comunidade, executar educações para a saúde, promover formações em serviço, promover formações a futuros enfermeiros, realizar visitação domiciliária, promover eventos sociais para a comunidade, executar funções inerentes ao Enfermeiro de Saúde Comunitária e finalmente avaliar as intervenções e os projectos realizados.

O Estágio de Intervenção Comunitária realizado no CSSH foi uma experiência enriquecedora para a minha formação pessoal e profissional e considero que este local de Estágio é favorecedor do processo de aprendizagem não só pela colaboração prontificada dos profissionais de saúde como também pelo carinho e colaboração da comunidade.

Tendo em consideração todo o percurso percorrido considero que consegui atingir todas as competências que me eram propostas como Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária. Competências técnicas, através da prática profissional ao longo dos estágios, através da pesquisa e consolidação de conhecimentos efectuada sobre a diabetes. Adquiri competências cognitivas na absorção de novos conhecimentos e na sua consolidação com base na formação anterior e na minha experiencia profissional. Na gestão dos cuidados aquando do desempenho da actividade profissional como Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária. Consegui gerir e coordenar equipas ao longo de todo o processo especialmente na Sessão Comemorativa do Dia Mundial da Diabetes. Competências na gestão de stocks relativos à Sessão Comemorativa do dia Mundial da Diabetes. Consegui desenvolver competência nas áreas das relações, comunicação e aconselhamento com os utentes, comunidade e entidades tendo por base os princípios éticos, o saber ser e saber estar.

Desenvolvi competências de liderança e de gestão de conflitos em todos os projectos efectuados e nas relações profissionais e com os utentes/comunidade. Consegui decidir fundamentadamente em todas as decisões tomadas previstas ou imprevistas sem esquecer as responsabilidades sociais e éticas. Analisei e reflecti em cada prática profissional executada.

Desenvolvi competências de adaptação, flexibilidade e criatividade, estas estiveram presentes em todas as actividades desenvolvidas e nos obstáculos encontrados e superados. Avaliei todos os projectos desenvolvidos e as estratégias utilizadas. E por fim desenvolvi competências de síntese na realização do relatório.

A aquisição destas competências contribuiu para um estágio enriquecedor e promotor do desenvolvimento pessoal e profissional com a finalidade de alcançar os objectivos propostos no início de cada estágio.

4. CONCLUSÃO

A realização deste relatório constituiu uma oportunidade de aprendizagem muito relevante para o meu percurso enquanto enfermeira, pela oportunidade de desenvolvimento de um conjunto de competências que até então desconhecia.

Permitiu-me aprofundar vastas áreas de conhecimento: área de Planeamento, Execução e Avaliação de Projectos de Intervenção Comunitária. Importante não só para a disciplina de Enfermagem, como para tantas outras disciplinas.

Um correcto planeamento de actividades, estabelecimento de prioridades, selecção de recursos disponíveis, execução e avaliação das actividades permite-nos otimizar a prestação de cuidados de saúde.

Desta forma a conjugação da eficácia e eficiência contribuíram para atingir os objectivos propostos, alcançando as metas e indicadores que tornem visíveis o meu trabalho, para que possam existir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo sempre como foco de atenção o utente e sua família.

Concluí os três Módulos do Estágio, no primeiro realizei um Diagnóstico de Situação, no segundo e terceiro realizei várias intervenções comunitárias, planeando, executando e avaliando todas as etapas.

Das principais dificuldades que senti foram com a escassez do tempo que por muito que seja suficiente para mim foi sempre pouco, é uma área de actuação de enfermagem em que há sempre algo mais a fazer quando se trata da Diabetes.

Com a execução dos projectos foi notória a manifestação de satisfação pelos utentes, estes agradeceram imenso a iniciativa. Favoreceu-lhes a nível de esclarecimento de dúvidas, na promoção de conhecimentos, nas relações interpessoais criadas e na troca de experiências. Foi um aposta que merece ser repetida.

O dia mundial da diabetes foi um desafio com uma magnitude incalculável, neste projecto foram operadas varias capacidades inerentes ao enfermeiro especialista em saúde comunitária, foi superado com sucesso.

As necessidades mais evidentes ao longo do estágio foram as de visitaçao domiciliária. A população anseia por ser seguida com regularidade em casa pelo seu enfermeiro. Os utentes visitados todos manifestaram agrado e reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, e todos esperaram uma segunda visita.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária encontra-se mais apto a intervir ao nível da saúde comunitária devido ás capacidades de avaliação, promoção de saúde e prevenção da doença e ao nível de conhecimentos de recursos da comunidade a fim de estabelecer relações com os membros e líderes comunitários.

Considero que a realização deste trabalho foi um desafio, na medida em que proporcionou experiências enriquecedoras para o desempenho futuro de actividades como Especialista em Enfermagem Comunitária, reforçando a importância de envolver todos os intervenientes da comunidade.

Sendo assim, considero que atingi todos os objectivos a que me propus como especialista em saúde comunitária.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2001). *“Viver com a diabetes”*. Lisboa: Climepsi.

Censos 2001 . *“Resultados provisórios Portugal”*. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2002.

Chick, N., & Meleis, A. Transitions: A nursing concern. *“Nursing research methodology: Issues and implementation”* , 237-257, 1986.

Conselho Internacional de Enfermeiros. *“Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem”*: Versão Beta 2. Geneva: Instituto de Informática e Financeira da Saúde, 2001.

DGS, . *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2008.

Direcção Geral de Saúde. *Ganhos de Saúde em Portugal Ponto de situação. Relatório do Director Geral e Alto-Comissário da Saúde Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002.

Direcção Geral de Saúde. *Plano Nacional de saúde 2004-2010. Prioridades* (Vol. I). Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

Duarte, R. *Diabetologia Clínica* (3 Edição ed.). Lousã:Lidel, 2002.

Fortin, M.-F. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (2 Edição ed.). Loures: Lusociência, 2000.

Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. *Diabetes - Uma abordagem global*. Miraflores: Euromédice, 2010.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. *Metodologia do Planeamento da saúde:Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed. rev. e act. ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

International Diabetes Federation. (2004). *“Position Statement - Diabetes Education. Diabetes Education: A Right for All*. Obtido em 2 de Junho de 2010, de <http://www.idf.org/node/1172?node=1093>

Loureiro, I., & Nascimento de Ó, D. Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes. *Revista Portuguesa de diabetes* , II, 18-21, 2007

Myers, L. *Adherence to treatment in medical conditions*. Netherlands: Harwood Academic Publishers, 1987.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3 Edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PREVADIAB. *Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia; Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal; Direcção Geral de Saúde, 2009.

Tavares, A. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990.

World Health Organization. *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003.

World Health Organization. *World Health Organization*. Obtido em 4 de Junho de 2010, de World Health Organization: <http://www.who.int/diabetes/en/>, 2010

ANEXOS

ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DA ULSM

Caracterização da ULSM

A **ULSM** é uma entidade pública empresarial, criada a 9 de Junho de 1999, através do Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro, sendo dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Pretende obter a excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, constituindo um modelo de referência nacional desta integração. É, assim, sua missão identificar as necessidades em saúde da população de Matosinhos e dar-lhes uma resposta integrada, oferecendo um contínuo de cuidados e serviços, disponíveis através de uma rede de serviços de fácil acesso e circulação que permitam ganhos em saúde, com uma eficiência técnica e social de nível superior. A sede da ULSM está localizada no Hospital Pedro Hispano, onde se encontram os serviços transversais ao funcionamento da instituição como a Biblioteca, os Órgãos de Apoio Técnico e os Serviços de Apoio (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2006).

É constituída pelo Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Pública e os Centros de Saúde de Matosinhos, Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira, bem como as três extensões deste último: Perafita, Santa Cruz do Bispo e Lavra. A ULSM está integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e tem por objecto a prestação de cuidados de saúde, podendo, também, desenvolver actividades de investigação, formação e ensino (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2006).

O Hospital Pedro Hispano, com uma lotação de 432 camas presta ainda cuidados hospitalares directos à população do concelho da Maia, e de referência aos Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim, excepto para as áreas de traumatologia crânio-encefálica e de neurocirurgia, servindo, assim, uma população de aproximadamente 430.000 habitantes (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2006).

Cada Centro de Saúde está dividido em várias Unidades de Saúde Familiares nas quais o atendimento é assegurado pelas Equipas de Saúde Familiar, constituídas por Médico de Família, Enfermeiro de Família e Secretário Administrativo. Quando necessário a equipa pode solicitar do apoio de um Técnico de Serviço Social, um Psicólogo e/ou um Nutricionista também existentes no Centro de Saúde.

CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DA SENHORA DA HORA



O Centro de Saúde da Senhora da Hora foi inaugurado no dia 10 de Outubro de 1994, situa-se na Rua da Lagoa, sem número, Cidade da Senhora da Hora, concelho de Matosinhos e distrito do Porto. Fica próximo da estação do Metro que percorre toda a fachada principal, sendo este um factor que dificulta o acesso ao Centro de Saúde. Contudo os utentes poderão aceder pelas traseiras do mesmo, onde tem inclusive um parque de

estacionamento.

As instalações apresentam-se numa área bruta de 1820 m² distribuídas por dois pisos. No rés-do-chão funcionam todas as actividades assistenciais efectuadas pelas Equipas de Saúde Familiar. No Anexo C apresenta-se a planta desta área. Actualmente estruturado em Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), em fase de candidatura a Unidade de Saúde Familiar (USF) Caravela, e USF Lagoa a aguardar término de obras estruturais. No piso 1, do lado esquerdo funciona a UCCSH, e do lado direito funcionam todos os serviços administrativos de retaguarda da USF e da UCSP e ainda está sediado um gabinete de um elemento da direcção do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde). Neste piso existe ainda uma biblioteca que divide estes dois espaços descritos anteriormente e uma sala com computadores e impressora para uso de todos os profissionais.

O CSSH está dimensionado para abranger uma população residente e presente de 30.000 habitantes. Contudo segundo dados fornecidos pelo CSSH, actualmente a população ronda os 46.924 utentes. No Quadro seguinte relaciona-se o número de utentes para cada Unidade constituinte do CSSH.

Quadro: Número de Utentes pertencentes ao Centro de Saúde Senhora da Hora

NÚMERO DE UTENTES CSSH	
USF LAGOA	15675
UCSP	18554
CLÍNICAS	12691
PRIVADAS	
TOTAL	46.924

Fonte: CSSH

Presta cuidados de saúde à população residente e presente, das freguesias de Custóias, Guifões e da Senhora da Hora. O Centro de Saúde é a estrutura física e funcional na qual decorrem actividades em Cuidados de Saúde Primários, de uma forma coordenada, integrada e continuada, baseada no trabalho em equipa dos seus profissionais. Assume como instituição a responsabilidade por uma comunidade definida social, demográfica e

geograficamente. O horário de atendimento efectua-se de Segunda a Sexta-feira, entre as 8 horas e as 20 horas.

O Centro de Saúde da Senhora da Hora está organizado estrutural e funcionalmente por módulos. Cada módulo dispõe de duas equipas multidisciplinares próprias, sendo cada uma constituída por Médico, Enfermeiro e Administrativo. Em cada módulo, as equipas de saúde familiar prestam cuidados aos utentes correspondentes à sua lista. A descrição que passaremos a fazer baseia-se em dados concretos, visto que o CSSH está presentemente em obras e irá sofrer alterações não só estruturais como funcionais. Sabe-se que irá funcionar a USF Lagoa do lado direito do CSSH, enquanto no seu lado esquerdo funciona a UCSP.

Cada Módulo é constituído por:

Dois gabinetes médicos;

Dois gabinetes de enfermagem;

Uma sala de tratamentos;

Uma sala para Saúde Infantil e Vacinação;

Um gabinete de secretariado.

O sector Polivalente correspondente ao Módulo 6, é responsável pelo apoio aos utentes com situações urgentes em que não seja possível ser atendido pelo seu médico/enfermeiro de família; apoio a utentes que não tem atribuído médico de família; bem como atendimento de enfermagem a utentes pertencentes a Clínicas Privadas Convencionadas: I, II, III, IV onde apenas têm assistência médica.

É constituído por:

Uma sala de vacinação;

Uma sala de tratamentos;

Quatro gabinetes médicos;

Uma sala de emergência;

Uma área de secretariado;

Sala de espera;

Instalações sanitárias.

Existem quatro Clínicas Privadas pertencentes à área geográfica da Senhora da Hora com as quais a ULSM tem convenção. Neste sentido os cuidados médicos são prestados nessas Clínicas, e os cuidados de enfermagem são assegurados pelo CSSH.

Como os utentes alvo do nosso estudo pertencem a Clínicas Privadas Convencionadas passa-se a enunciar:

Privada I – situa-se na Av. Vasco da Gama, tendo 2108 utentes inscritos. Funciona com três funcionários: um médico e dois administrativos.

Privada II – situa-se na rua Eça de Queirós, tem 2033 utentes inscritos. Funciona com três funcionários: um médico e dois administrativos.

Privada III – situa-se na Av. Calouste Gulbenkian, tem 8477 utentes inscritos. Funciona com sete funcionários: quatro médicos e três administrativos.

Privada IV – situa-se na Paróquia da Freguesia de Guifões, Largo Padre Joaquim P. Santos, 4460 Guifões. Tem 77 utentes inscritos. Funciona com dois funcionários: um médico e um administrativo, mas a título de voluntariado (Fonte: CSSH).

RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos existentes são a “pedra basilar” de qualquer instituição. Neste Centro de Saúde, estes recursos completam um total de 91 elementos, distribuídos da seguinte forma consoante as Unidades:

Quadro: Distribuição de Funcionários no Centro de Saúde Senhora da Hora

N. Funcionários CSSH	USF LAGOA	UCSP	Polivalente	Total
Médicos	9	11	Rotativo	20
Enfermeiros	9	8	6	23
Administrativos	7	4	2	13
Nutricionista				1
Assistente Social				1
Psicóloga				1
Telefonista				1
Assistentes Operacionais				5
Seguranças				2
Total:	25	23	8	67

Fonte: CSSH

ÁREAS DE INTERVENÇÃO DO CSSH

Os serviços disponíveis no CSSH são:

Consultas em equipa (médico e enfermeiro): vigilância de grupos vulneráveis (saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar e vigilância oncológica), vigilância de grupos de risco (diabéticos e hipertensos, entre outros), saúde de adultos;

[Consulta médica de urgência;](#)

Pequena Cirurgia;

Consulta de Nutrição;

Consulta de Psicologia;

Consulta de Ginecologia;

Consulta de Tele dermatologia;

Assistência Social;

Consulta do Pé Diabético

Consulta de Desintoxicação Tabágica em grupo

Na área da Consultadoria tem uma Pediatra, uma Psiquiatra e um Endocrinologista.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A metodologia de trabalho de enfermagem instituída no CSSH é a de Enfermeiro de Família, tendo este a seu cargo um conjunto de famílias às quais presta todos os cuidados de enfermagem necessário desde o recém-nascido ao idoso. É responsável por essas famílias atendendo a todas as necessidades ao longo do ciclo vital. A prestação dos cuidados é feita no próprio Centro de Saúde e/ou no Domicílio. Neste sentido realizam-se Consultas de Enfermagem: Saúde Infantil, Saúde Materna, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Planeamento Familiar, Diabetes, Hipertensão, Vacinação, Tratamentos, Administração de terapêutica injectável.

O planeamento dos cuidados de enfermagem inclui sempre as vertentes de promoção de saúde e prevenção da doença, através de uma visão holística de todo o núcleo familiar.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DA SENHORA HORA

A UCCSH foi das primeiras a ser inaugurada a nível nacional, juntamente com mais duas UCC, a 18 de Dezembro de 2009. Salienta-se o enorme trabalho desenvolvido por todos os profissionais na construção desta Unidade pioneira. Aliada a todas as dificuldades está também o orgulho e satisfação nos resultados que se têm vindo a obter.

De acordo com o artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro Decreto-Lei a UCC “*presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção*” garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Documento de Suporte para a Implementação das UCC (2009), “*as UCC serão uma excelente oportunidade para responder de forma efectiva às reais necessidades em cuidados de saúde dos nossos concidadãos, tendo para isso, que ter a capacidade de antecipar e responder às necessidades identificadas, mas também às solicitações que vão emergindo face aos novos desafios*”.

A UCCSH tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Especificamente, a sua finalidade será em última instância, a de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, torná-los mais acessíveis, adequados, efectivos,

eficientes, e ainda responder às expectativas dos cidadãos e dos profissionais, oferecendo melhores cuidados, obtendo ganhos em saúde. A UCCSH pretende assim prestar cuidados específicos e especializados, de forma a contribuir para a diminuição do recurso aos serviços de urgência e contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de saúde da população (indivíduos, famílias e comunidade).

A intervenção é centrada na pessoa, respectiva família e na comunidade em que se insere, ocorrendo ao longo de todo o ciclo vital e de acordo com as necessidades em cuidados, que incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, assim como o desenvolvimento de medidas de protecção a grupos de pessoas vulneráveis (Documento de Suporte para a Implementação das UCC, 2009).

É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida, e rege-se pelos seguintes princípios: cooperação; solidariedade e trabalho em equipa; autonomia assente na auto-organização funcional e técnica; articulação efectiva com as outras unidades funcionais do ACES; parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras).

Como já foi referido anteriormente as instalações da UCCSH estão sediadas no piso um do CSSH. É composta por sete gabinetes, uma sala de espera, uma sala de arrumos e uma casa-de-banho.

RECURSOS HUMANOS

A Coordenação da equipa fica a cargo de uma Enfermeira com a categoria de Chefe, Especialista em Enfermagem Comunitária. De seguida apresenta-se um Quadro descritivo do número de elementos que constituem esta equipa.

Quadro 1: Número de Elementos da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

Fonte: UCCSH

Número de Funcionários UCCSH	
Enfermeiros	13
Médicos	2
Assistente Técnica	1
Nutricionista	1
Assistente Social	1
Psicóloga	1
Fisioterapeuta	1
Assistentes Operacionais	3
Total:	23

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem nas mais diversas áreas, contando com cinco enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária, duas especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, uma especialista em saúde materna e obstétrica, uma enfermeira a terminar a especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiatria e outra colega a terminar a especialização em enfermagem de reabilitação. Conta ainda com três enfermeiros com formação avançada na área de cuidados paliativos.

Neste sentido os projectos que estão a ser desenvolvidos pela equipa são:

Projecto Bem-me-quer, que integra as áreas de saúde materna e saúde infantil que inclui preparação para o parto, preparação para a parentalidade, massagem ao recém-nascido e recuperação pós-parto da mãe;

Diversos Projectos na área de Saúde Escolar de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar: Programa das Doenças Evitáveis pela Vacinação; Exames Globais de Saúde; Projecto Pediculose; Projecto Prevenção de Acidentes: Prevenir e Intervir; [Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar - PRESSE](#); [Cuidados com o sol](#); [Promoção da alimentação Saudável](#); [Aprende a Comer com a Fada Dentinho](#); Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE EA1); Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar; Prevenção da violência escolar / Bullying; Necessidades de Saúde Especiais; Articulação com Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

Projectos de fisioterapia nas áreas da Saúde Materna, Diabetes, Saúde Idoso, para além de todo o trabalho de reabilitação associado a uma vertente mais curativa; Projectos de Fisioterapia: Mães em Movimento; [Põe-te a Mexer em Casa](#);

Projectos de enfermagem de reabilitação: “Reabilitar é viver” que engloba projecto “AVC Vida”; reabilitação do utente submetido a prótese total da anca (PTA) em articulação com o projecto CEDO (cuidados de enfermagem ao doente ortopédico); intervenção a doentes mastectomizadas e a doentes com Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas: DPOC.

Projecto de enfermagem para o Prestador de Cuidados;

Projecto “Viver melhor com a Ostomia”;

Projecto de enfermagem para a gestão de regime terapêutico: PrEGERET, especificamente nas áreas da Diabetes e DPOC;

Projecto O Desafio do Novo Milénio e Promover a Saúde do Pé Diabético na área da Diabetes;

Projecto de enfermagem para o envelhecimento activo (PREAC);

Projecto de cuidados paliativos no domicílio;

Projecto relacionado com o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) que presta apoio a utentes em situação de dependência com falta de recursos humanos e/ou materiais.

Projecto associado à equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) que presta apoio a utentes que são encaminhados pela Equipa Coordenadora Local (ECL) e que engloba diversas situações. Como exemplos salientam-se doentes com necessidades de cuidados para tratamento de feridas diariamente, em que o Centro de Saúde não consegue dar resposta aos feriados e fins-de-semana; utentes com necessidade de reabilitação segundo determinados critérios; utentes em fim de vida que necessitam de apoio de enfermagem e/ou médico mais intensivo.

ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE DO CONCELHO DE MATOSINHOS

CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

(Imperatori & Giraldes, 1993, p. 21) afirmam que “o planeamento das instituições de saúde terá de ter em conta as inter-relações com o ambiente onde estão inseridas.” Assim, neste capítulo iremos caracterizar o concelho de Matosinhos, bem como as Freguesias da Senhora da Hora e Custóias. O Diagnóstico de Situação será relativo à área geográfica de Custóias, pelo que se torna pertinente caracterizar esta área geográfica. A caracterização da área da Senhora da Hora, é justificada pelo facto de ser a maior freguesia, tendo passado recentemente a cidade, e onde estão localizadas a UCCSH, o CSSH e as Clínicas Privadas I, II, III. Irá também ser abordada a estrutura física, bem como o funcionamento do CSSH em geral e a UCCSH em particular.

CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE MATOSINHOS

“Matosinhos tem uma identidade própria. Terra de contrastes, de uma salutar mistura de lugares e atmosferas. Matosinhos é o mar, a imensidão dos navegadores, pescadores e poetas. Mas também é a terra, é interior, é natureza” (Câmara Municipal de Matosinhos).



Figura: Brasão de Matosinhos

RESENHA HISTÓRICA

A origem de Matosinhos remonta a épocas bem longínquas, como provam os vestígios de povoamento pré-romanos encontrados no Castro de Guifões, na margem esquerda do Rio Leça. Tendo obtido foral de D. Manuel II em 1514 e elevada a Vila em 1853 por alvará de D. Maria II, Matosinhos é cidade desde 1984. É uma cidade de contrastes: núcleo piscatório, zona de veraneio, centro industrial e portuário. Matosinhos é uma cidade moderna, que se afirma na arquitectura dos anos 30 e 40 e nas obras do matosinhense Álvaro Siza.

O topónimo Matosinhos aparece mencionado no século XI como Vila de Matesinius, pertencente ao julgado Mosteiro de Bouças (no lugar de Sendim). Nessa época, a povoação dedicava-se à extracção de sal e à actividade pesqueira.

LENDA DO SENHOR DE MATOSINHOS

Uma das maiores romarias do Norte é no Domingo do Espírito Santo (sete semanas depois da Páscoa), Sábado anterior, Segunda e Terça-feira seguintes. Esta festa realiza-se na Igreja Matriz de Matosinhos – templo remodelado no século XVIII, cuja lenda passamos a descrever.

Na praia de Matosinhos deram-se factos extraordinários, no alvorecer do Cristianismo na Península. Por esse tempo vivia solitário, numa herdade de seu tio Gamaliel, próximos a Jerusalém, o piedoso Nicodemus, hábil escultor de imagens. Empregando o seu tempo neste mister, estava ele a executar uma escultura, em que retratasse a éfíge de Jesus, quando o zelo farisaico o perseguiu. Como artista e como cristão, preferiu confiar no mar o seu trabalho, do que vê-lo sacrificado nas fogueiras dos seus perseguidores. Assim o fez, o Mediterrâneo recebeu a imagem de Jesus e as ondas a trouxeram até este lugar, já assinalado pela conversão de Cayo Pallantiano, depondo-a respeitosamente no sítio de Espinheiro, onde em memória do facto se levantou o Padrão que ainda se vê na entrada do molhe sul do Porto de Leixões.

A escultura porém estava incompleta quando o artista foi perseguido, continua a lenda, e a custo, pôde Nicodemus concluir o braço que faltava à imagem. Quando o conseguiu, estava enclausurado numa prisão a cujas muralhas vinham bater as ondas do Mediterrâneo. Nicodemus disse então, atirando ao mar a sua obra: - *“Braço, vai unir-te ao corpo a que pertences”*.

Ainda segundo a lenda, este período durou cinquenta anos, de modo que a imagem foi adorada incompleta por esse espaço de tempo, na medida em que, por mais braços que lhe adaptassem, nenhum conseguiu fazer aderir ao corpo venerado. Um dia, porém, andava na praia uma pobre mulher apanhando algas secas para alimentar o lume, e encontrou um objecto que lhe pareceu bom para queimar. Quando chegou a casa, deitou-o à fogueira, mas logo o objecto saltou para fora. A mulher tinha uma filha muda que, ao ver o facto estranho, miraculosamente falou pela primeira vez na vida: *“não teime em deitar ao lume esse pedaço de madeira – observou a rapariga – porque esse é o braço que falta ao Senhor Bom Jesus de Bouças”* Correu logo a notícia e adaptou-se o braço à imagem. Dizem que era tal e qual. Ajustou ao tronco como se nunca ali tivesse faltado. É desde este milagre que data a grande Romaria do Espírito Santo em Matosinhos. (Junta de Freguesia de Matosinhos, 2006).

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O município é limitado a norte pelo município de Vila do Conde, a nordeste pela Maia, a sul pelo Porto e a oeste pela costa do Oceano Atlântico. No litoral da cidade situa-se o Porto de Leixões, o maior porto artificial de Portugal e principal porto marítimo da Área Metropolitana do Porto. Parte do aeroporto internacional do Porto abrange os limites municipais, fica perto das cidades de Matosinhos, São Mamede de Infesta, Porto e Maia.



Figura 1: Localização geográfica de Matosinhos

ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

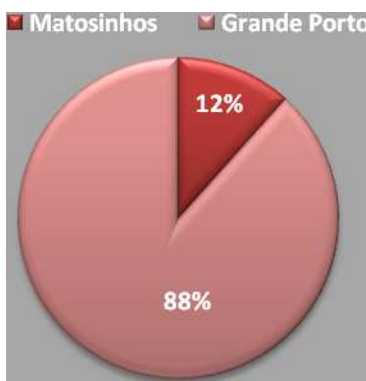
Para a caracterização de qualquer Concelho está subjacente a explicitação de indicadores de várias ordens. Passaremos a apresentar indicadores demográficos, de saúde, de educação, cultura, de actividade económica, de protecção social, de comunicação e ambientais, que nos vão permitir aprofundar o conhecimento de uma determinada área geográfica e, deste modo, perspectivar necessidades de várias ordens, bem como o delineamento de estratégias de intervenção.

O Concelho de Matosinhos é constituído por dez freguesias, abrangendo uma área total de 62,30 Km². É uma cidade do Distrito do Porto, sede do Concelho. Pertencem ao Concelho de Matosinhos as seguintes freguesias: Custóias, Guifões, Lavra, Leça da Palmeira, Leça do Balio, Matosinhos, Perafita, Santa Cruz do Bispo, S. Mamede Infesta e Senhora da Hora.

INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

A população residente no Concelho de Matosinhos no ano de 2008 era de 169 261 pessoas. Em 2008, residiam 1 283 446 pessoas na Região do Grande Porto, o que significa que em Matosinhos residiam 12% da população da Região, como se comprova pelo Gráfico 1.

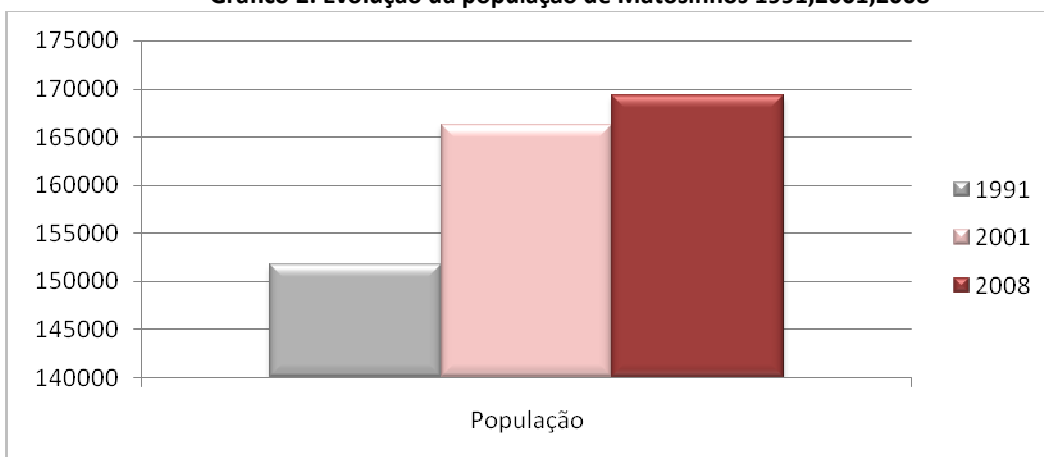
Gráfico 1: População Residente em Matosinhos e na Região do Grande Porto



Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Da análise do Gráfico seguinte constatamos um crescimento populacional do Concelho de Matosinhos. O crescimento entre 1991 e 2001 reflecte a capacidade de afirmação do município enquanto pólo urbano e a elevada dinâmica de atracção da população. Entre os factores de atracção demográfica estarão também incluídos os progressos alcançados na resolução ou mitigação de alguns dos problemas ligados habitualmente aos grandes centros urbanos, congestionamento e acessibilidade, ambiente e qualidade de vida, entre outros, conforme é reconhecido pela opinião pública e diversos indicadores. Entre 2001 e 2008 o crescimento demográfico foi muito menos acentuado.

Gráfico 2: Evolução da população de Matosinhos 1991, 2001, 2008



Fonte: (Censos 2001); (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Quadro 2: População Residente em Matosinhos, segundo Grupos Etários e Sexo

Matosinhos	Total			0-14 anos			15 a 14 anos			25 a 64 anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M

169261	81644	87617	25533	13053	12480	18907	9602	9305	99547	48343	51204
--------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	-------	-------	-------

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Da análise dos Quadros 2 e 3 verifica-se que a população pertencente aos grupos etários entre os 0-14 anos (crianças), é substancialmente inferior à população pertencente ao grupo entre os 25-64 anos (população activa), e muito semelhante à população com 65 anos e mais. De realçar ainda a faixa etária acima dos 75 anos uma vez que o número de mulheres idosas é bastante superior ao dos homens o que vem corroborar a ideia de que as mulheres têm uma longevidade maior. Consta-se ainda que a faixa etária dos idosos (65 e mais anos; 75 e mais anos) com 35829 indivíduos é aquela que sobressai mais, obtendo o maior valor.

Quadro 3: População Residente em Matosinhos com mais de 65 anos

Matosinhos	65 e mais anos					
	HM	Total H	M	HM	75 e mais anos H	M
	25274	10646	14628	10555	3938	6617

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Quadro 4: Distribuição da População residente em Portugal e Freguesias de Matosinhos, 1991 e 2001

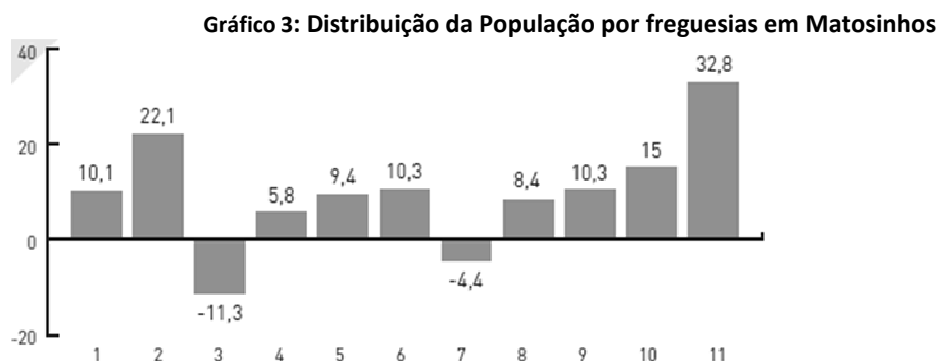
POPULAÇÃO RESIDENTE	1991	2001
Portugal	9 862 560	10 356 117
Grande Porto	1 167 800	3 689 343
Matosinhos	151 682	167 026
Custóias	14 797	18 065
Guifões	10 925	9 686
Lavra	8 894	9 408
Leça da Palmeira	15 605	17 215
Leça do Balio	14 329	15 673
Matosinhos	29 798	28 488
Perafita	11 340	12 298
Santa Cruz do Bispo	5 538	6 108
S. Mamede Infesta	20 468	23 542
Senhora da Hora	19 988	26 543

Fonte: (INE – Censos 1991 e 2001)

Segundo os Censos 2001, residem em Matosinhos 167 026 indivíduos, distribuídos pelas suas diferentes freguesias (Quadro 4). Comparando os dados dos censos 1991 e 2001, podemos verificar que o maior aumento populacional ocorreu na Freguesia da Senhora da Hora, seguida de Custóias e São Mamede Infesta. As restantes freguesias tiveram aumentos populacionais menos significativos. Freguesias de Matosinhos e Guifões, apresentam uma diminuição populacional ao longo deste espaço temporal.

Para confirmar esta ideia apresenta-se seguidamente um gráfico com os aumentos e diminuições percentuais. As freguesias que viram a sua população aumentar de forma mais acentuada foram: Senhora da Hora (+32.8%), Custóias (+22.1%) e São Mamede Infesta

(+15%). Em sentido contrário as freguesias de Guifões e Matosinhos foram as que perderam mais população na última década, -11.3% e -4.4%, respectivamente.



Fonte: Cálculos com base em INE - Recenseamento Geral da População e da Habitação, 1991 e 2001.

LEGENDA DO GRÁFICO

1 - TOTAL DO CONCELHO 2 - CUSTÓIAS; 3 - GUIFÕES; 4 - LAVRA; 5 - LEÇA DO BALIO; 6 - LEÇA DA PALMEIRA; 7 - MATOSINHOS; 8 - PERAFITA; 9 - STA. CRUZ DO BISPO; 10 - S. MAMEDE INFESTA; 11 - SÊNHORA DA HORA

A freguesia com densidade populacional mais elevada é a freguesia da Senhora da Hora com um valor de 7.165 habitantes por Km², seguindo-se as freguesias de Custóias com 2.987 habitantes por Km² e Guifões com 2.634 habitantes por Km². Custóias tem uma área de 6,05 Km², Guifões 3,68 km², e Senhora da Hora uma área de 3,8 km², podendo-se visualizar melhor no Quadro 5.

Quadro 5: Densidade Populacional da Cidade Senhora da Hora

Freguesias	Densidade Populacional /Área Geográfica
	N./ km2
Custóias	2987,23
Guifões	2634,50
Senhora da Hora	7165,54

Fonte: (Censos 2001)

A pirâmide etária do Concelho (Gráfico 4), abaixo retratada, denota um estreitamento acentuado da sua base, fruto da diminuta taxa de fecundidade e natalidade, e um alargamento do topo, devido ao progressivo envelhecimento da população, baseado no aumento da esperança média de vida, diminuição da mortalidade e melhoria na acessibilidade aos cuidados de saúde. A distribuição por sexos é semelhante ao longo dos diferentes grupos etários, com um ligeiro predomínio feminino na faixa etária mais idosa. O forte declínio da fecundidade tem um factor importante do envelhecimento demográfico, a que se associou a diminuição da mortalidade e conseqüente aumento da longevidade.

Gráfico 4: Pirâmide Etária da População Residente no Concelho de Matosinhos por sexo e faixa Etária

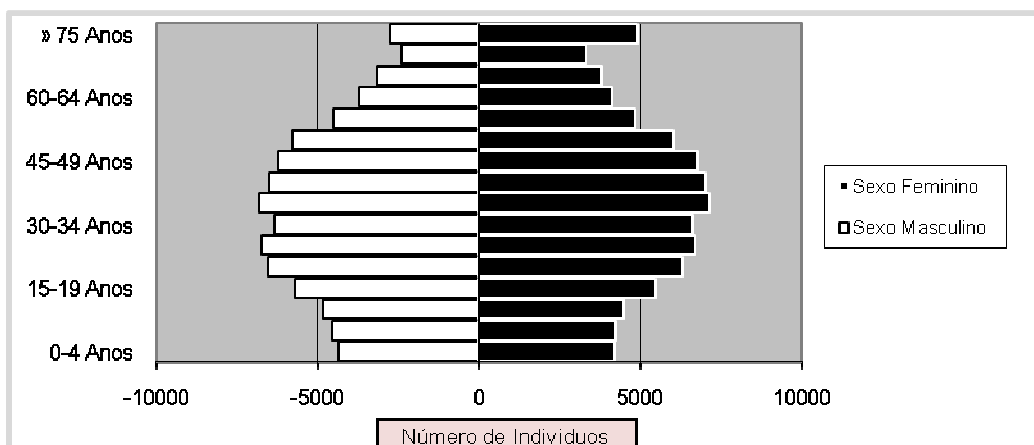
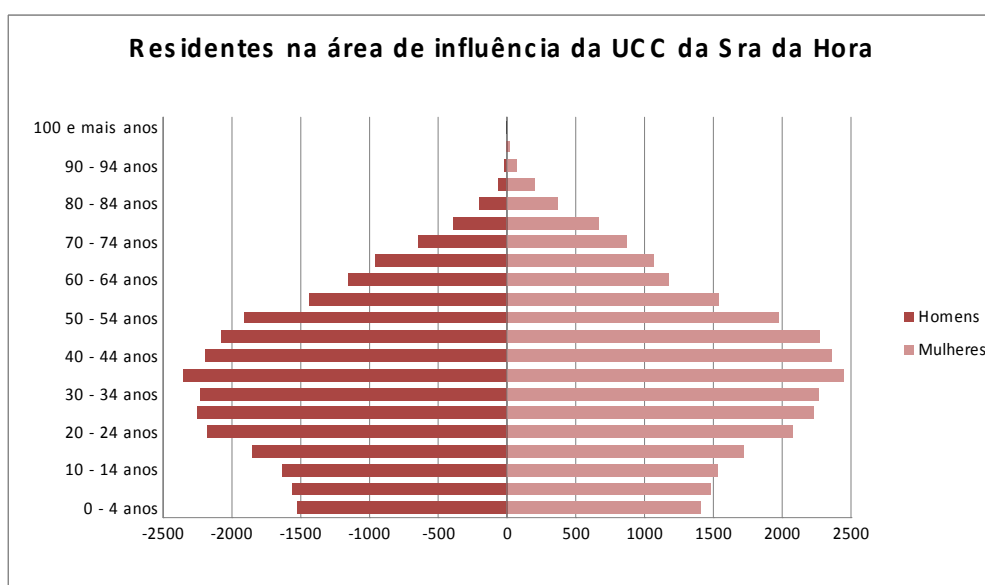


Gráfico 5: Pirâmide Etária da População Residente na área de influência do CSSH/ UCCSH



Da análise do Gráfico 5, verifica-se que cerca de metade da população residente nas freguesias de Custóias, Guifões e Senhora da Hora (área de influência da UCCSH) é activa, com percentagens que rondam respectivamente os 49.63%; 48.75% e 55.34%. No entanto, a percentagem de população jovem é baixa, com valores de 16.76%; 16.26% e 17.04%, respectivamente. A existência de uma população jovem é importante para a sustentabilidade do desenvolvimento de um município (Os Municípios em Análise; Guia de Portugal, 2006). O índice de envelhecimento é para as freguesias acima citadas de 62%; 71% e 56%. Não obstante, o índice de vitalidade é de 62.05%; 71.05% e 56.08% para as freguesias de Custóias, Guifões e Senhora da Hora.

Quadro 6: Percentagem da População activa pertencente da área geográfica do CSSH/ UCCSH

Freguesia	Percentagem população activa (%)
Custóias	49,63
Guifões	48,75
Senhora da Hora	55,34

Fonte: (Censos 2001)

De seguida apresenta-se a compilação dos Indicadores Demográficos das freguesias pertencentes ao Concelho de Matosinhos.

Quadro 7: Indicadores Demográficos das freguesias pertencentes ao Concelho de Matosinhos

Referência	Custóias	Guifões	Lavra	Leça do Balio	Leça da Palmeira	Matosinhos	Perafita	Santa Cruz do Bispo	São Namede de Infesta	Senhora da Hora
<14	3028	1575	1520	2429	2693	4419	2063	977	3458	4524
15-65	13158	6992	6762	10989	12259	20112	8880	4398	16810	19482
>65	1879	1119	1126	2255	2263	3957	1355	733	3274	2537
Total	18065	9686	9408	15673	17215	28488	12298	6108	23542	26543
Índice de dependência de Idosos	14,3%	16,0%	16,7%	20,5%	18,5%	19,7%	15,3%	16,7%	19,5%	13,0%
Índice de dependência de Jovens	23,0%	22,5%	22,5%	22,1%	22,0%	22,0%	23,2%	22,2%	20,6%	23,2%
Índice de dependência Total	37,3%	38,5%	39,1%	42,6%	40,4%	41,6%	38,5%	38,9%	40,0%	36,2%
Percentagem população Activa	72,8%	72,2%	71,9%	70,1%	71,2%	70,6%	72,2%	72,0%	71,4%	73,4%
Percentagem de população Jovem	16,8%	16,3%	16,2%	15,5%	15,6%	15,5%	16,8%	16,0%	14,7%	17,0%
Índice de Vitalidade	62,1%	71,0%	74,1%	92,8%	84,0%	89,5%	65,7%	75,0%	94,7%	56,1%
Índice de Longevidade	34,4%	33,2%	38,5%	44,9%	36,0%	39,1%	35,0%	36,3%	38,2%	38,9%

Fonte: (Censos 2001)

Verificamos que os valores apresentados para as principais freguesias pertencentes à cidade Senhora da Hora não apresentam diferenças muito significativas. De realçar ainda uma elevada percentagem de população activa e uma pequena percentagem de população jovem. Estes dados poderão tornar-se preocupantes para o futuro na medida em que os adultos de hoje serão os idosos de amanhã. Neste contexto prevê-se um aumento da percentagem de idosos e diminuição da população activa, trabalhadora capaz de produzir, podendo por em causa a sustentabilidade económica do País. De realçar também a importância de criação de estratégias para cuidar da população idosa.

O número de famílias da área geográfica da UCCSH e a sua dimensão são apresentados no Quadro 8 que se segue. De destacar um número total de famílias mais elevado na freguesia da Senhora da Hora, com 9296 famílias, quando comparadas com o número de famílias das restantes freguesias. Diferenciamos um maior número famílias, nas três freguesias, com 2, 3 e 4 elementos, o que vai de encontro com a conjectura social actual.

Quadro 8: Distribuição das famílias pela área geográfica do CSSH/ UCCSH

Famílias clássicas (N.º) por Local de residência e Dimensão (família clássica)											
Dimensão (família clássica)											
	Total	1 pessoa	2 pessoas	3 pessoas	4 pessoas	5 pessoas	6 pessoas	7 pessoas	8 pessoas	9 pessoas	10 ou mais pessoas
2001	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Custóias	5688	574	1481	1759	1322	379	122	28	9	7	7
Guifões	3288	395	889	954	716	250	66	8	6	3	1
Sra da Hora	9296	1178	2419	3092	2031	437	111	20	6	2	0

Fonte: (Censos 2001)

INDICADORES DE SAÚDE

A taxa de natalidade tem diminuído ao longo dos anos em Matosinhos, assim como se tem verificado no Grande Porto e no Norte do País (Quadro 9). Este facto pode ter várias causas de natureza sociocultural, económica e mesmo psicológica.

Quadro 9: Taxa de Natalidade no Norte, Grande Porto e Matosinhos, 1999 a 2008

TAXA DE NATALIDADE	1999	2000	2001	2008
Norte	12,2	12,3	11,4	9,2
Grande Porto	12,4	12,3	11,4	10,1
Matosinhos	11,3	11,8	10,8	10,7

Fonte: (Censos 2001); (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

A taxa de Mortalidade Geral tem diminuído (Quadro 10). Para isso contribuiu a melhoria nas condições de vida: aumento das condições higieno-sanitárias com diminuição das doenças infecciosas, maior assistência a doenças crónicas e avanços terapêuticos, que diminuem a Morbilidade e aumentam a esperança média de vida da população.

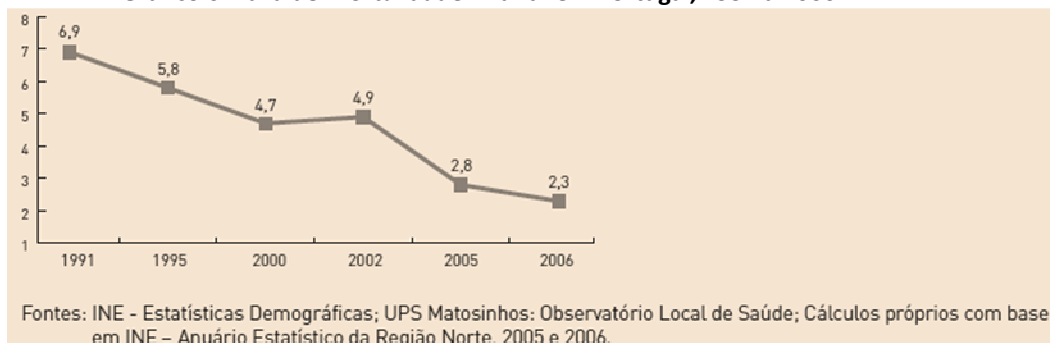
Quadro 10: Taxa de Mortalidade Geral no Norte, Grande Porto e Matosinhos, 1999 a 2008

Taxa de Mortalidade Geral	1999	2000	2001	2008
Norte	9,1	8,7	8,7	4,6
Grande Porto	9,0	8,4	8,5	4,5
Matosinhos	7,8	8,1	7,7	4

Fonte: (Censos 2001); (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

A taxa de Mortalidade Infantil evoluiu de 6.9‰ em 1991, para 2.3‰, em 2006 (Gráfico 6).

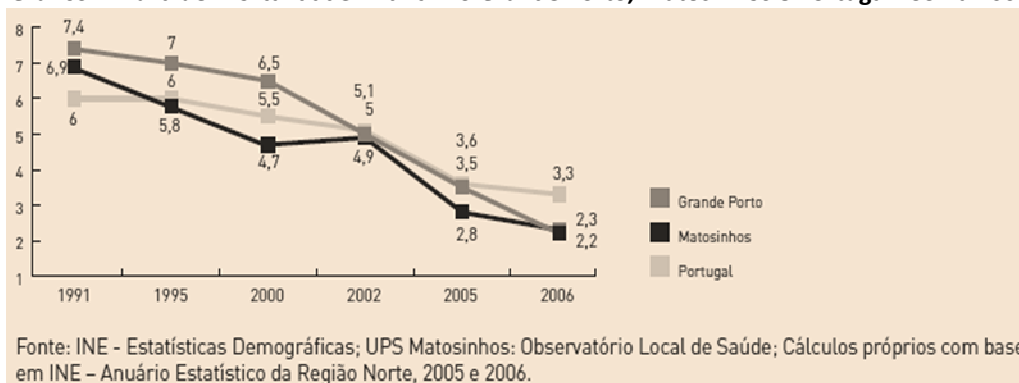
Gráfico 6: Taxa de Mortalidade Infantil em Portugal, 1991 a 2006



A Taxa de Mortalidade Infantil é o indicador mais sensível relativamente ao nível de saúde de um País. Assim a diminuição destes valores está directamente relacionada com a melhoria em termos de prestação e acessibilidade a cuidados de saúde. De realçar que, em 2006 (Gráfico 7), Matosinhos apresenta uma Taxa de Mortalidade Infantil mais baixa do que a de Portugal em geral (3.3‰), ainda que ligeiramente superior à apresentada pelo Grande Porto (2.2‰).

(Os Municípios em Análise; Guia de Portugal, 2006) corroboram esta ideia afirmando que “o número de óbitos de crianças com menos de um ano ocorridos num determinado período de tempo, por 1000 será tanto menor quanto melhores forem as condições de vida das populações” (...)reflectindo “o nível de acesso das populações às condições básicas para uma boa condição de vida, espelhando desta forma, o nível de desenvolvimento concelhio atingido”.

Gráfico 7: Taxa de Mortalidade Infantil no Grande Porto, Matosinhos e Portugal 1991 a 2006



Analisando a Taxa de Mortalidade Específica (Quadro 11), verificamos que as principais causas de morte no Concelho de Matosinhos são as doenças cardiovasculares e neoplasias, tal como sucede no resto do país. Estes dados leva-nos a orientar as políticas de saúde para a criação de programas que possam dar resposta a estas necessidades em saúde específicas.

Quadro 11: Taxa de Mortalidade Específica, 1999 a 2002

Designação	Taxa de Mortalidade Específica			
	1999	2000	2001	2002
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36,5	28,9	51,5	50,0
Neoplasias	154,3	179,1	159,3	151,1
Doenças do aparelho circulatório	205,4	247,9	181,4	226,6
Doenças do aparelho respiratório	94,2	106,2	50,3	113,6
Doenças do aparelho digestivo	20,1	32,0	29,3	23,2
Doenças do aparelho genito-urinário	11,5	11,5	4,8	5,9

Fonte: (Observatório Local de saúde de Matosinhos, 2003)

Seguidamente apresentam-se dados mais recentes comparativos de vários Municípios. Verificamos que o Município de Matosinhos apresenta taxas inferiores no que concerne à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, mas apresenta a taxa mais elevada de mortalidade por tumores malignos.

Quadro 12: Indicadores de Mortalidade por Municípios 2007/2008

Indicadores por Município 2007/2008			
Unidade: ‰			Unit: ‰
	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	Taxa de mortalidade por tumores malignos	Taxa de incidência de casos notificados de doenças de declaração obrigatória
Portugal	3,2	2,3	0,3
Continente	3,2	2,3	0,3
Norte	2,5	2,0	0,4
Grande Porto	2,2	2,1	0,5
Matosinhos	2,2	2,4	0,6

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Os recursos de saúde existentes na comunidade têm vindo a adaptar-se à realidade da comunidade em que estão inseridos. O concelho de Matosinhos dispõe de uma Unidade Local de Saúde que inclui o Hospital Pedro Hispano e quatro Centros de Saúde, e um Hospital Psiquiátrico (Hospital Magalhães Lemos) (Quadros 13 e 14).

Quadro 13: Indicadores comparativos entre Hospitais, 2007

Dados sobre Hospitais por Município, 2007											
Unidade: N.º										Unit: No.	
Hospitais			Equipamento		Movimento de internados			Pessoal ao serviço			
Tot al	Oficia is	Privad os	Cama s	Salas de operaç	Internament os	Dias de internament o	Total	Médic o	Enfermagem	Outro	

	ão										
Portugal	19 8	99	99	3617 8	812	1 240 923	10 187 670	119 423	2102 4	36 812	61 587
Norte	59	25	34	1085 1	262	427 126	3 010 706	36 393	6 845	11 131	18 417
Matosinhos	2	2	0	442	12	18 997	142 331	1 677	326	621	730

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Quadro 14: Distribuição dos Centros de Saúde, Extensões e Profissionais em Matosinhos, 2007

Matosinhos	C.S.	Extensões	Enfermeiros	Médicos	Outros Profissionais	N. Total De Profissionais
	4	3	127	141	147	415

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Através da observação do Quadro 15 podemos verificar que a percentagem de enfermeiros e médicos em Matosinhos (5,5%) apresenta o maior valor comparativamente com toda a região Norte e Portugal em geral, notando-se uma maior diferença no que se refere à classe médica (7,4%).

Quadro 15: Indicadores de Saúde por Município, 2007, 2008

Indicadores de Saúde por Município, 2007 e 2008								
	Enfermeiros 1000 habitantes	Médicos	Farmácia	Internamentos	Intervenções de	Consultas	Camas/1000	Taxa de
		1000 habitantes	1000 habitantes	por 1000 habitantes	grande e média cirurgia por dia nos estabelecimentos de saúde	por habitante	habitantes nos estabeleciment os de saúde	ocupação de camas no ano
		N.º						%
		2008				2007		
Portugal	5,3	3,7	0,3	117,8	2 222,6	4,1	3,5	76,9
Norte	5,1	3,4	0,2	114,6	842,4	4,2	2,9	75,8
Matosinhos	5,5	7,0	0,2	112,3	35,1	4,0	2,6	88,2

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

INDICADORES DE EDUCAÇÃO

A escolaridade de uma população é um factor importante a considerar uma vez que dela depende o tipo de informação a que os indivíduos têm acesso. O crescente desenvolvimento na área da saúde distingue cada vez mais os indivíduos com maior nível de instrução (capazes de acompanhar com mais facilidade essa evolução), dos indivíduos com menos habilitações. É importante conhecer a escolaridade da população de modo a adaptar o

plano de acção, de promoção de saúde, e prevenção de doença, às necessidades sentidas por essa população. Esse conhecimento torna-se também primordial para adaptar a linguagem ao utente que procura os serviços de saúde, tornando a comunicação eficaz, contribuindo para a qualidade dos cuidados de saúde prestados. A existência de população sem quaisquer habilitações literárias, constitui-se como um forte constrangimento ao desenvolvimento económico de qualquer município (Os Municípios em Análise; Guia de Portugal, 2006).

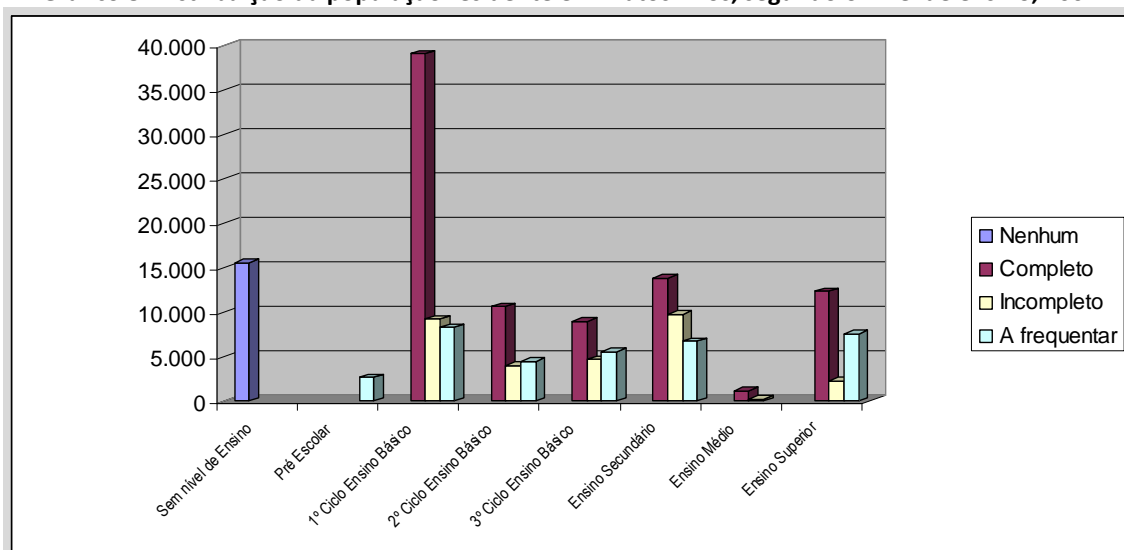
Quadro 16: Taxa de Analfabetismo em Portugal

Taxa de Analfabetismo	1991	2001
Portugal	11,0	9,0
Norte	9,9	8,3

Fonte: (Censos 2001)

Através da análise do Quadro 16 verificamos que a taxa de analfabetismo tem vindo a diminuir desde 1991 até 2001, apresentando valores mais baixos no Norte do País, comparativamente com os dados do País inteiro.

Gráfico 8: Distribuição da população residente em Matosinhos, segundo o nível de ensino, 2001



Fonte: INE, Censos 2001

Da observação dos dados patentes no Gráfico 8 verifica-se que o nível de instrução que mais se destaca na população analisada é o 1º Ciclo do Ensino Básico. A existência de uma população com habilitações literárias superiores é um importante factor competitivo para qualquer município (Os Municípios em Análise; Guia de Portugal, 2006).

INDICADORES CULTURAIS

Os resultados díspares espelhados neste Quadro 17, relativamente a zona Norte e Portugal em geral, evidenciam a grande aposta do Município de Matosinhos a nível da Cultura e do Desporto.

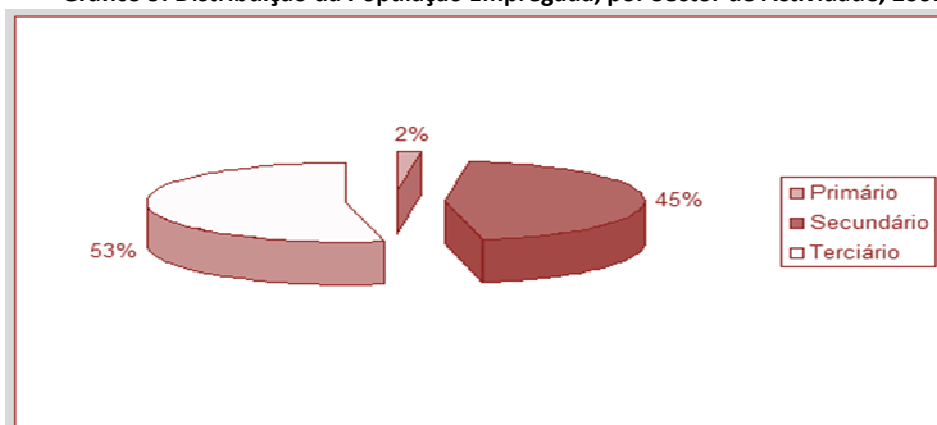
Quadro 17: Indicadores Culturais em Matosinhos, 2008

Indicadores da cultura e desporto por município, 2008				
	Despesas das câmaras municipais em actividades culturais e de desporto por habitante			Despesa em cultura e desporto no total de despesas
	Total	Correntes	Capital	
	Euros			
Portugal	81,3	51,4	29,9	10,8
Norte	78,7	49,3	29,4	12,0
Grande Porto	92,0	64,1	27,9	15,3
Matosinhos	208,3	146,7	61,6	34,4

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

INDICADORES DE ACTIVIDADE ECONÓMICA

As fontes de rendimento e o nível de desemprego estão directamente relacionados com o nível socioeconómico da população. Em Matosinhos, a maior parte da população vive do comércio e serviços – sector técnico (Gráfico 9). Trata-se de uma população com rendimentos médios e fixos. Nestas comunidades há uma maior diversidade da estrutura das unidades familiares. O conhecimento destes aspectos sócio-demográficos é indispensável para uma melhor compreensão dos problemas de saúde apresentados pela comunidade, e para adaptar estratégias de resolução dos problemas que sejam exequíveis com o quotidiano de cada família.

Gráfico 9: Distribuição da População Empregada, por Sector de Actividade, 2001

Fonte: INE, Censos 2001

Quadro 18: Indicadores de Empresas em Matosinhos, 2007

Indicadores de empresas, 2007							
Matosinhos	Densidade de empresas	Proporção de micro empresas (individual)	Proporção de médias empresas	Proporção de pequenas empresas	Pessoal por empresa	Volume de negócios por empresa	Indicador de concentração do volume de negócios das 4 maiores empresas
	N.º/km ²		%		N.º	Milhares de Euros	%
	317,7	66,67	99,8	95,5	4,7	550,2	36,7

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Através da análise do Quadro 18 constata-se que a quase totalidade das empresas são de pequena e média dimensão. Estes dados são importantes para a definição de estratégias de intervenção na comunidade. No que se refere ao indicador de concentração do volume de negócios das empresas, este indicador (36,7%) constitui um importante indicador de Poder de Mercado do Concelho (Regulamento da Autoridade da Concorrência, 2003).

Quadro 19: Taxa de actividade em 2001

2001			
Sexo	HM	H	M
Taxa de Actividade	44,5%	51,6%	38,0%

Fonte: (Censos 2001)

Este Quadro 19 evidencia a taxa de actividade, que se refere à razão entre a população empregada e a população residente, numa determinada área e num determinado tempo e permite, entre outros aspectos, inferir qual o grau de dependência de uma população. Verifica-se que a taxa de actividade é superior nos homens do que nas mulheres, dado sobreponível a outras regiões do País.

INDICADORES DE PROTECÇÃO SOCIAL

Comparando o Índice de Dependência de idosos, entre Portugal, Grande Porto e Matosinhos, verificamos que tem aumentado ao longo dos anos. Este Índice corresponde ao coeficiente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade activa (dos 15 aos 64 anos). Mais uma vez se destaca o envelhecimento populacional e o aumento de esperança média de vida e uma diminuição da população em idade activa.

Quadro 20: Índice de Dependência em Portugal, Grande Porto e Matosinhos, 1999 e 2001

Índice de Dependência de Idosos			
	1991	2001	2008
Portugal	21,8	24,5	26,3

Grande Porto	17,2	19,0	22,2
Matosinhos	12,8	19,0	21,3

Fonte: (Censos 2001); (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Quadro 21: Pensões por Invalidez, Velhice e Sobrevivência

Unidade: N.º								
Matosinhos	Total		Invalidez		Velhice		Sobrevivência	
	Pensionistas em 31.12.07		Pensionistas em 31.12.07		Pensionistas em 31.12.07		Pensionistas em 31.12.07	
	Total	em 31.12.07	Total	em 31.12.07	Total	em 31.12.07	Total	em 31.12.07
	41802	40 174	4734	4 558	26486	25 573	10582	10 043

Fonte: (INE, Anuário Estatístico da Região Norte - 2007, 2008)

Do Quadro 21 realça-se o número elevado de pensionistas por velhice que vai de encontro à premissa associada ao aumento da esperança média de vida. Segundo o Portal do Cidadão (Segurança Social, 2009), a Pensão de Velhice é uma prestação pecuniária mensal do regime geral de segurança social, destinada a proteger os beneficiários quando atingem a idade mínima legalmente presumida como adequada, para a cessação do exercício da actividade profissional. O seu montante é calculado com base na carreira contributiva do beneficiário.

Quadro 22: Beneficiários do Rendimento Social de Inserção segundo sexo e a idade

Beneficiários do rendimento social de inserção segundo o sexo e a idade por município, 2007							
Unidade: N.º	Total	Sexo		Idade			
		H	M	Menos de 25 anos	25-39 anos	40-54 anos	55 e mais anos
	Matosinhos						
	10 578	4 766	5 812	5 216	1 980	2 321	1 061

Fonte: (INE, Anuário Estatístico da Região Norte - 2007, 2008)

Este indicador descrito no Quadro 22 está relacionado com a pobreza deste Concelho, visto que o rendimento social de inserção constitui um mecanismo de combate à pobreza, que tem como principal objectivo assegurar aos cidadãos/ famílias recursos que contribuam para a satisfação das suas necessidades mínimas, e paralelamente favorecer a progressiva inserção social, laboral e comunitária, tal como está espelhado na Legislação sobre Acção Social - Rendimento Social de Inserção (Segurança Social, 2010).

Quadro 23: Taxa de desemprego (sentido lato) em 2001

2001			
Sexo	HM	H	M
Taxa de Desemprego	7,80%	5,70%	10,60%

Fonte: (Censos 2001)

A Taxa de Desemprego (HM) patente no Quadro 23 situa-se nos 7,80%, acompanhando a tendência nacional, contudo, mantém-se mais elevada quando se refere ao sexo feminino. A taxa de desemprego reflecte o dinamismo empresarial do Município, analisando a existência de empresas geradoras de postos de trabalho ou a falência de empresas outrora empregadoras (Os Municípios em Análise; Guia de Portugal, 2006).

Quadro 24: Distribuição da população residente desempregada

População desempregada (Taxa de Desemprego)			
Área Geográfica	Mulheres	Homens	Total
Norte	118 912 (8,6)	51 540 (5,2)	67 408 (6,7)
Grande Porto	3 019 (5,6)	2 409 (9,1)	5 423 (7,1)
Matosinhos	3 701 (9,3)	3 150 (6,9)	6 851 (8,0)

Fonte: INE – Censos 2001

Relativamente à taxa de desemprego verificada em Matosinhos é próxima da verificada no Grande Porto e zona Norte, com um ligeiro predomínio feminino (Quadro 24). É calculada através do coeficiente entre a população desempregada e a população activa. Taxas elevadas de desemprego resultam na perda de poder aquisitivo, pressupondo diminuição da qualidade de vida. Para além disso quanto maior for a taxa de desemprego, menor é a força de trabalho de uma determinada economia nacional contribuindo para um baixo desenvolvimento socioeconómico do País.

Quadro 25: Beneficiários de subsídios de desemprego, segundo Sexo e Idade

BENEFICIÁRIOS DE SUBSÍDIOS DE DESEMPREGO, SEGUNDO O SEXO E IDADE, 2007											
UNIDADE: N.º	TOTAL	SEXO					IDADE				
		H		M		MENO	25-	30-39	40-49	50-54	55 E
	TOTAL	NOVOS	TOTAL	NOVOS	S	2	A	A	A	M	
		B		BEN	D	9	N	N	N	AI	
		E		EFICI	E	A	O	O	O	S	
		N		ÁRIO	E	A	O	S	S	A	
		EF		S		N	S			N	
		IC				O				O	
		IÁ				5	S			S	
		RI									
		O				A					
		S				N					
						O					
						S					
MATOSINHOS	10099	5111	1 634	4988	1 651	798	1134	2329	2078	1 360	2 400

Fonte: (INE, Anuário Estatístico da Região Norte - 2007, 2008)

A atribuição do subsídio de desemprego é essencial como recurso para a manutenção das condições elementares da vida humana, sendo o número de novos beneficiários ligeiramente superior nas mulheres e no grupo etário dos 55 e mais anos (Quadro 25).

RECURSOS SOCIAIS

O conhecimento dos recursos sociais da área abrangida pelo CSSH e UCCSH é essencial, para compreender as facilidades e dificuldades encontradas pela população na resolução dos seus problemas (Quadro 26). Torna-se também importante para um melhor apoio e orientação dos utentes segundo as suas reais necessidades, reajustar esses serviços às constantes mudanças, e diferentes solicitações que a sociedade impõe.

Quadro 26: Estabelecimentos da Segurança Social, 2000

Estabelecimentos da Segurança Social	Norte	Grande Porto	Matosinhos
Creches:			
- Estabelecimentos	494	174	26
- Utentes	18 842	6 113	859
Actividades de Tempos Livres:			
- Estabelecimentos	676	180	22
- Utentes	34 775	10 518	1 191
Apoio Domiciliário:			
- Estabelecimentos	533	91	9
- Utentes	13 198	3 140	170
Centros de Dia:			
- Estabelecimentos	415	96	13
- Utentes	8 897	3 510	283
Lares de Idosos:			
- Estabelecimentos	338	95	7
- Utentes	12 794	3 289	308

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos da Região Norte, 2000,2001)

CLIMA

A temperatura anual oscila entre 12.5°C e 25°C reflectindo o efeito moderador do oceano, atenuando as amplitudes térmicas. A pluviosidade média anual atinge valores entre 1000 mm e 1200 mm, sendo os dias do ano com precipitação igual ou superior a 1 mm, de 70 a 100 dias. Os períodos de insolação têm uma duração elevada oscilando entre 2500 e 2600 horas por ano de exposição solar, equivalentes à média de 7 horas por dia, à excepção das zonas interiores e de maior altitude, pela existência de maior nebulosidade. A radiação solar apresenta entre 145 e 150 Kcal/cm², o que, conjugada com a insolação, contribui para as boas condições do concelho como local de veraneio.

A humidade do ar é elevada pela proximidade do Oceano Atlântico, com valores médios anuais entre 80 e 85%. Pela presença do Atlântico, o vento é predominante do quadrante oeste, seguindo-se o do leste e do norte, depois o do sudoeste e do noroeste e por último, o do sul e do sudeste.

Abastecimento de Água

A população servida em Matosinhos é de 170.000 habitantes. Freguesias abrangidas: Lavra, Perafita, Santa Cruz do Bispo, Leça da Palmeira, Matosinhos, Senhora da Hora, Custóias, Guifões, Leça do Balio e S. Mamede de Infesta.

O volume de água é extraído do Rio Douro pela empresa “Águas do Douro e Paiva”. É realizado um controle analítico segundo o Decreto-lei 236/98, de 1 de Agosto em 100 pontos de amostragem. No Concelho de Matosinhos existem vinte e três reservatórios de água, perfazendo uma capacidade total de 62.700 m³ de água (SMAS).

Indicadores Ambientais

Da observação do Quadro 27 podemos constatar que somente 2% da população do Conselho de Matosinhos, não está abrangida por um sistema público de abastecimento de águas. Este dado revela que quase a totalidade da população tem acesso a água que respeita os requisitos de salubridade, que por sua vez, influencia a saúde da população. No que concerne aos sistemas de drenagem de águas residuais verifica-se que 15% da população ainda não está ligada ao sistema público de drenagem de águas residuais socorrendo-se de meios menos apropriados e que põem em perigo a Saúde Pública.

Quadro 27: Consumo de água, drenagem e tratamento de águas residuais em Matosinhos

CONSUMO DE ÁGUA, DRENAGEM E TRATAMENTO DE ÁGUAS RESIDUAIS				
População servida por				
	Sistemas públicos de abastecimento de água	Sistemas de drenagem de águas residuais	Estações de tratamento de águas residuais (ETAR)	Consumo de água do sector doméstico por habitante
Matosinhos		%		m ³
			2006	
	98	85	85	46

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008)

Rede de Drenagem de Águas Residuais

Matosinhos tem uma Estação de Tratamento de Águas Residuais (ETAR), com um exutor submarino e vários emissários (Litoral, Norte, Rio Leça, Matosinhos, Matosinhos Sul/Senhora da Hora). Situada em Leça da Palmeira, a norte do farol da Boa Nova, ocupa uma área de 18.000 m², reservando para a eventual necessidade de incremento do grau de

tratamento, 24.000 m². Trata-se de uma ETAR de nível primário dimensionada para tratar o efluente de 500.000 habitantes equivalentes no horizonte do projecto (40 anos). Faz o tratamento das águas residuais urbanas, domésticas e industriais, desde 1992.

Quadro 28: População abrangida por Rede de Drenagem

• Custóias	70%	• Leça da Palmeira	100%
• Guifões	60%	• Matosinhos	100%
• Senhora da Hora	90%	• Perafita	30%
• Lavra	30%	• Santa Cruz do Bispo	30%
• Leça do Balio	40%	• S. Mamede Infesta	90%

Fonte: SMAS

Com o funcionamento da ETAR, actualmente os SMAS de Matosinhos melhoraram a qualidade ambiental das zonas envolventes às linhas de água, controlam as descargas de efluentes industriais e recuperam paisagisticamente zonas actualmente degradadas, contribuindo dessa forma para uma melhor saúde pública.

Da observação do Quadro 28 verifica-se que as freguesias de Custóias e Senhora da Hora apresentam valores razoáveis, de rede de drenagem, sobretudo Senhora da Hora com 90%. Leça da Palmeira e Matosinhos apresentam valores de 100%, enquanto Lavra e Santa Cruz do Bispo são as freguesias que têm população com menos redes de drenagem. Este facto poderá estar relacionado com o facto de Matosinhos e Leça da Palmeira serem regiões mais desenvolvidas e citadinas, enquanto Lavra e Santa Cruz do Bispo são zonas mais rurais e com menos população.

Redes de Comunicação

Analisando o Quadro 29 verificamos que os indicadores de comunicação em Matosinhos apresentam valores inferiores à média nacional e à região Norte, com excepção das estações de correio em que Matosinhos apresenta um valor superior e acesso telefónico ficando à frente da Região Norte.

Quadro 29: Indicadores de Comunicação em Matosinhos, 2008

Indicadores de comunicações por Município, 2008					
	Acessos telefónicos por 100 habitantes	Postos telefónicos residenciais por 100 habitantes	Postos telefónicos públicos por 1 000 habitantes	Estações de correio por 100 000 habitantes	Postos de correio por 100 000 habitantes
	N.º				
Portugal	26,6	15,7	3,4	8,5	18,5
Norte	21,7	12,9	3,2	6,6	21,5
Grande Porto	24,2	12,3	3,6	6,2	10,8
Matosinhos	23,2	11,2	3,9	5,3	8,3

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Meios de comunicação

No Concelho de Matosinhos, a comunicação social está representada por um canal televisivo: Porto canal, dois jornais locais: o Jornal de Matosinhos e o Jornal Matosinhos Hoje. Relativamente a rádios locais existe a Rádio Clube de Matosinhos.

Recolha e Tratamento do Lixo

Quadro 30: Indicadores de Ambiente em Matosinhos, 2008

Indicadores de ambiente por município, 2006 e 2007			
	Organizações não governamentais de ambiente (ONGA) por 100 mil habitantes	Despesas dos municípios por 1 000 habitantes	
		Gestão de resíduos	Protecção da biodiversidade e da paisagem
	N.º	Euros	
		2007	
Portugal	1,1	41 377	11 305
Norte	0,7	31 474	6 904
Grande Porto	0,6	48 079	11 515
Matosinhos	0,0	66 619	0

Fonte: (INE, Anuários Estatísticos Regionais, 2008, 2009)

Matosinhos é um concelho pioneiro na resolução de problemas ambientais, apresentando bons resultados comparativamente à zona Norte e a Portugal em geral (Quadro 30). A qualidade de vida e a limpeza do Concelho de Matosinhos dependem em grande medida dos serviços assegurados pela Câmara Municipal e pela empresa privada, a SERURB. No município de Matosinhos, o sistema de recolha de resíduos tem cinquenta e um anos, e a recolha é efectuada todos os dias com a excepção do Domingo e feriados e divide-se em três vertentes:

A recolha global - consiste na remoção de contentores (estes são no mínimo trocados uma vez por mês para serem lavados) e moloks (contentor de grande capacidade, colocado em profundidade, permitindo uma maior compactação de resíduos, destinado à recolha de resíduos domésticos de pequena dimensão) efectuada entre as oito horas e trinta minutos e as dezassete horas e trinta minutos. O cidadão deve colocar o lixo na via pública entre as vinte horas e as vinte e uma hora, e a partir desta hora realiza-se a baldeação do lixo que se produz diariamente;

A recolha especial - consiste na remoção dos resíduos comerciais e industriais e é nesta altura que se efectua outro tipo de serviços, como por exemplo, a recolha selectiva do vidro e a remoção dos resíduos existentes nos Ecopontos (bateria de contentores para recolha selectiva de várias tipologias de material: embalagens, vidro, papel e permite apenas objectos

de pequeno volume) e ecocentros (local de recepção da recolha selectiva e ecopontos, aberto a cidadãos individuais ou empresas e com possibilidade de recepção de objectos de grande volume (monstros domésticos));

A recolha complementar - consiste na desratização e limpeza das praias e na época balnear entre quinze de Junho e quinze de Setembro é efectuada uma limpeza mais constante e regular;

Círculo de Restauração - consiste na recolha de alimentos nos restaurantes com o objectivo de efectuar a compostagem desses resíduos orgânicos.

A SERURB é uma empresa privada, cuja actividade consiste na gestão integral de resíduos sólidos, ou seja, é uma empresa que procede à recolha e tratamento de lixo, seja ele produzido na casa de cada um, ou resultante das actividades do tecido industrial. Em Matosinhos, a SERURB executa vários serviços ligados à recolha de lixo e limpeza de parte das ruas das freguesias, a eliminação de lixeiras selvagens, a limpeza de valetas, a manutenção de papeleiras e contentores e finalmente a recolha de vidro.

A nível de distribuição de contentores e ecopontos verificamos que a nível do concelho, existem cerca 125 ecopontos e 2000 contentores, sendo o objectivo da Câmara Municipal um concelho limpo e agradável.

ANEXO III – CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DA SENHORA DA HORA

CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DA SENHORA DA HORA

RESENHA HISTÓRICA

A freguesia da Senhora da Hora, devido à escassa existência de documentação é, entre as dez do Concelho de Matosinhos, a única que não tem história. A documentação antiga não a cita. Sabe-se apenas que era uma aldeia, onde a sua minguada população se dedicava à agricultura e onde os seus moradores, quotidianamente, se abasteciam numa das vulgares



“vendas” rurais. O comércio local limitava-se, pois, a uma **Figura 2: Brasão da Senhora da Hora** locanda com vendagem, não só de géneros alimentícios, como também de ferragens, artigos de droguaria e de miudezas. Era assim que este povo simples vivia no povoado da Senhora da Hora, o qual nem sequer conseguiu um designativo destaque para denominar a sua povoação, contentando-se com o nome da padroeira, à falta de qualquer onomástico mais consentâneo a dar ao sítio. Em 1839, por alvará régio de 27 de Setembro, passado por D. Maria II, foi o lugar da Senhora da Hora elevado à honrosa categoria de Vila, com a designação de Vila de Bouças. Assim se manteve durante um período de 15 anos, até que, por decreto da Rainha D. Maria II veio a criar-se a Vila de Matosinhos, constituída pelas freguesias de Matosinhos e Leça da Palmeira, conforme Alvará Régio passado no Paço das Necessidades em 20 de Abril de 1853 o que destituiu a Senhora da Hora do título de capital do Concelho de Bouças. Pelos meados do século XIX, o futuro da Senhora da Hora parecia periclitante perante o aumento e a crescente importância religiosa e civil de Matosinhos. Contudo, o povoado, muito próximo da cidade do Porto, ano após ano, foi-se desenvolvendo com a instalação de várias unidades fabris e da sucessiva construção de prédios habitacionais. Em determinada altura, o então Bispo do Porto, D. António José de Sousa Barroso, deliberou erigir canonicamente a nova paróquia de Nossa Senhora da Hora, por decreto com a data de 25 de Abril de 1918. Apenas mais tarde foi criada a freguesia civil, nos anos 30 (Junta de Freguesia da Senhora da Hora, 2007).

Segundo a mesma fonte sabe-se que a freguesia da Senhora da Hora é uma localidade que envolve um dos maiores pólos industriais do grande Porto. A existência do Porto de Leixões, bem como as vias de comunicação de acesso ao Porto são geradoras de um grande volume de tráfego, tanto de veículos ligeiros como pesados. Região muito solicitada pelas suas belezas naturais, hoje, a freguesia da Senhora da Hora é também terra de desenvolvimento e paradigma das cooperativas de habitação. Foi elevada a cidade muito recentemente, em [12 de Junho](#) de 2009.

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Cidade situada a norte de Portugal, no distrito do Porto, a 3 Km do centro da sede do Concelho de Matosinhos, tem como confrontos as seguintes freguesias: a norte, Custóias e Guifões; a leste, São Mamede Infesta; a oeste, Matosinhos e a sul, Ramalde e Aldoar, sendo estas duas últimas freguesias da cidade do Porto. Abrange uma área total de 3,7 Km². É servida pelas redes viárias: A28 e Estrada Nacional Circunvalação.



Figura 3: Localização geográfica da Senhora da Hora

ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O desenvolvimento económico da freguesia da Senhora da Hora progrediu nestes últimos anos. Este desenvolvimento incide fundamentalmente a nível industrial. Através dos Censos de 2001, pode-se afirmar que a população total da cidade da Senhora da Hora é de 26.543 habitantes, o que se traduz na maior densidade populacional do concelho (7173,8 hab/ Km²), surgindo com níveis de escolaridade mais favoráveis e taxa de emprego nos serviços mais elevada do Município. A população residente é de 26.543, entre os quais 12.663 são homens, e 13.880 são mulheres. A população presente é de 25.767, sendo o número de homens 12.114 e o número de mulheres 13.653.

Também podemos constatar:

Famílias clássicas residentes.....	9.296
Dimensão média das famílias (nº).....	2,85
Núcleos familiares residentes.....	8.157
Alojamentos familiares.....	11.087
Alojamentos clássicos.....	11.087
Alojamentos colectivos.....	5
Edifícios.....	3
.766	
População com 65 e mais anos (%).....	9,6

Associações De Acção Social Mais Relevantes

CIVAS – Centro de Apoio Social à Infância e à Velhice

Av. Fabril do Norte, 717; 4460-314 Senhora da Hora; Telefone: 229 520 491

Instituição particular de solidariedade social que tem como principal objectivo apoiar as crianças e a terceira idade. Para as crianças têm jardim-de-infância e infantário.

A nível da terceira idade tem um centro de dia, um centro de convívio e um programa de apoio domiciliário. Esta instituição foi fundada a 15 de Fevereiro de 1982, com celebração de Escritura Notarial.

Casa do Caminho – Centro de Emergência Infantil

Rua Padre António Porto, 101 – 105; 4460-901 Senhora da Hora; Telefone: 229 578 270.

Instituição particular de solidariedade social, de âmbito nacional, sem fins lucrativos. Tem como objectivos gerais: acolher, enquadrar e encaminhar crianças abandonadas, maltratadas ou privadas do seu meio familiar normal, com idades compreendidas entre os zero e os três anos, até ao reequilíbrio da situação familiar e/ou até à sua adopção ou tutela. A associação “A Casa do Caminho” oferece às crianças conforto e segurança, alimentação equilibrada, supervisão da saúde, apoio psicológico e pedagógico, oportunidades de actividades, sono e repouso.

Associação de Solidariedade Social Betesda Esperança e Vida

Rua do Senhor, 688; Senhora da Hora; Telefone: 229 510 267

Trata-se de um lar de terceira idade.

Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

Rua dos Lagos, 48; Telefone: 229 510 444

Presta apoio ao cidadão deficiente mental através da estimulação precoce, possuindo ainda lar residencial.

Banco Alimentar Contra a Fome

Av. Senhora da Hora, 357; 4460-422 Senhora da Hora; Telefone: 229 552 574

Associação Portuguesa de Doentes com Lúpus

Rua Engenheiro António Costa Reis, 332 1º esquerdo; 4465-235 Senhora da Hora
Telefone: 229 544 941.

Liga dos Amigos do Hospital Pedro Hispano

Rua Dr. Eduardo Torres; 4460 Senhora da Hora; Telefone: 229 391 000.

Conferência Mista da Senhora da Hora / Paróquia da Senhora da Hora

Igreja Senhora da Hora; Rua João Mendonça; 4460-334 Senhora da Hora

Telefone: 229 510 984.

Lions Clube da Senhora da Hora

Transversal da Rua Chaby Pinheiro; 4460 Senhora da Hora

Tem como objectivos angariar fundos de apoio para as pessoas e incentivar as crianças e jovens para obterem aproveitamento escolar, atribuindo bolsas de estudo aos melhores alunos.

Rotary Clube da Senhora da Hora

Avenida Fabril do Norte, 720; 4461-901 Senhora da Hora; Telefone: 229 552 173

Tem como objectivos apoiar pessoas carenciadas; doar dispositivos de compensação (cadeiras de rodas, camas articulada.); organizar jantares de convívio de modo a angariar donativos.

Conferência S. Vicente de Paulo

Tem sede na Igreja da Senhora da Hora e tem como finalidade a angariação de fundos para apoio aos carenciados (alimentação, vestuário, medicamentos).

Associação de Apoio a Pessoas com Cancro

Rua João Villaret, Senhora da Hora.

Estabelecimentos de Educação e Ensino

Infantários (oficiais e particulares).....	11
Escolas pré-primárias	3
Escolas EB 1	2
Escolas EB1 / JI	2
Escola Básica Integrada e Jardim Infantil (Barranha)	1
Escola EB 2,3	1
Escolas Secundárias	2
Escola do Ensino Superior de Arte e Design.....	1
Instituto Superior dos Serviços Sociais do Porto/Matosinhos.....	1
Externatos	1
Centros de Estudos e ATL	6

Recursos de Saúde

Centro de Saúde	1
Unidade de Cuidados na Comunidade	1
Hospital Pedro Hispano.....	1
Clínicas Médicas Particulares.....	10
Farmácias	3
Centro de Medicina Física e Reabilitação	1
Laboratório de Análises Clínicas	2
Instituto Cuf	1

Transportes

Metro do Porto: linhas A, B, C, E
STCP: linhas 506, 507
Resende

Festas – Feiras e Romarias

Festa da Senhora da Hora: Quinta-feira da Ascensão (40 dias após a Páscoa)
Feira semanal: Sábados de manhã

Artesanato

Nesta freguesia existem dois artesãos:

Conceição dos Anjos Furtado

Centro Comercial Londres; Loja 147, 1º andar; 4460-263 Senhora da Hora

Telefone: 229 514 730

Artesanato: tapetes, carpetes e passadeiras em lã e linho.

José Adérito Barroso

Rua de Oslo, n.º 25; 4460-388 Senhora da Hora

Telefone: 229 284 426/ 229 510 496

Artesanato: Material didáctico (móbilias em miniatura, comboios, espigueiros, carros, coretos, etc.).

Principais Monumentos

Fonte das “Sete Bicas”

O chafariz conhecido pela Fonte das Sete Bicas constitui o verdadeiro “*ex-libris*” desta terra, sendo local de um antiquíssimo culto aquífero, representado no brasão da freguesia de azul, numa alusão à lealdade e nobreza das suas gentes.

ANEXO IV – CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DE CUSTÓIAS

CARACTERIZAÇÃO DA FREGUESIA DE CUSTÓIAS

RESENHA HISTÓRICA

Segundo dados recolhidos da (Junta de Freguesia de Custóias, 2007), as primeiras páginas escritas sobre Santiago de Custóias datam de 967. Dos vestígios mais antigos da ocupação humana no território da actual freguesia de Custóias já quase nada resta. A crescente expansão demográfica das últimas décadas, consequência do seu dinamismo económico e da proximidade de



Figura 4: Brasão de Custóias

um centro urbano importante como o Porto, provocaram a sua quase completa destruição. O exemplo mais evidente deste processo foi o desmantelamento da enorme massa granítica do Monte de S. Gens, que em 1021 se denominava de Monte Custóias. Situado num ponto privilegiado, a 137 metros de altitude, de onde se podia avistar uma vasta extensão em redor, pelo menos até à Serra de Valongo, o povoamento e as tradições culturais e religiosas de Custóias estiveram desde sempre ligados a este monte. Há quem refira que o nome antigo do Monte de S.Gens, derivou da palavra latina *custas*, que significa guarda, sentinela e que se aplicou a este monte por ser um ponto de observação.

De Custoyas sairá o nome de Custóias, referido nas inquirições de 1258 e, mais tarde, o da freguesia de Santiago de Custóias, que faz parte do Julgado da Maia e se juntou a Matosinhos quando se formou o Concelho de Bouças. Santiago de Custóias é uma povoação muito antiga, tendo porém perdido todos os padrões de antiguidade. A antiga Igreja Matriz foi demolida quando se construiu a actual, no século XVIII. A ermida de S. Gens também desapareceu quando se fizeram as Obras do Porto de Abrigo de Leixões.

A freguesia de Custóias é ainda essencialmente rural. A população mais idosa dedica-se sobretudo à agricultura. No entanto, o comércio tem um peso significativo na região. Como prova disso, temos a famosa “Feira de Custóias” que atrai largos milhares de pessoas e é conhecida como uma das maiores do Norte. Um acontecimento que marcou em especial o século XX em Custóias foi a tragédia de 26 de Julho de 1964. Nesse dia um comboio que se dirigia à cidade do Porto descarrilou, e foi embater violentamente no pilar de uma ponte de granito no lugar de Carvalhas. O excesso de lotação do comboio com passageiros que regressavam da praia acabou por contribuir para avolumar os números da tragédia. Morreram 91 pessoas no que foi considerado o maior desastre ferroviário até então ocorrido em Portugal.

O crescimento demográfico de Custóias é um fenómeno relativamente recente e caracterizado pela sua rapidez. Em apenas 60 anos, Custóias quintuplicou a sua população, mas a maioria dos seus habitantes não é originária de Custóias, mas dos mais diversos sítios da região norte. Hoje, Custóias é uma freguesia cuja população se ocupa cada vez mais na indústria e nos serviços. Em Anexo (B) encontra-se o mapa da Freguesia de Custóias.

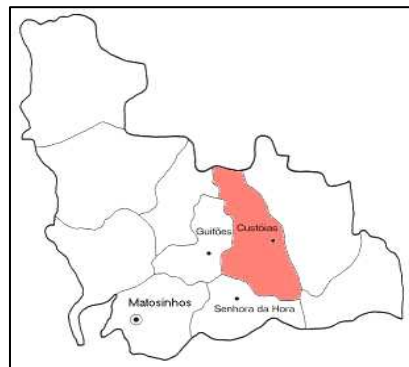


Figura 5: Localização geográfica de Custóias

LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

A freguesia de Custóias tem uma área total de 6,05 Km². Situa-se a 5 Km para sul da cidade de Matosinhos, e a 8 Km do Porto. Esta freguesia está delimitada a nascente com Leça do Balio, a norte com Santa Cruz do Bispo e a poente com Guifões. O centro da vila de Custóias é o Largo do Souto, local onde se encontra a Junta de Freguesia.

ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nestes últimos anos, na freguesia de Custóias, verificou-se um grande desenvolvimento económico e industrial. A população residente é de 18.065, entre os quais 9.222 são homens, e 8.843 são mulheres, o que se traduz numa densidade populacional (2986 hab/Km²) superior à média do Concelho, apresentando-se, em relação ao contexto municipal, com níveis de escolaridade menos favoráveis e uma taxa de emprego na indústria superior à média. A população presente é de 17.526, sendo o número de homens 8.899, e o número de mulheres 8.627.

Também podemos constatar:

Famílias clássicas residentes	5.688
Dimensão média das famílias (nº).....	3,02
Núcleos familiares residentes	5.282
Alojamentos familiares	6.498
Alojamentos clássicos	6.444
Alojamentos colectivos	3
Edifícios.....	3.647
População com 65 e mais anos (%).....	10,4

Associações de Acção Social Mais Relevantes

Centro Social e Cultural de Custóias

Rua de Teixeira Lopes, 1015 cave; 4460-830 Custóias; Telefone: 229 536 989

É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e de utilidade pública, fundada em 1983, apresenta uma área de 400 m². Como principais objectivos salienta-se o apoio às crianças e aos idosos. Possui centro de convívio, centro de dia e apoio domiciliário a idosos.

MAIS – Matosinhos Apoiar a Inserção Social

Rua de António Ferro, Centro Comunitário; Telefone: 938 419 315

Conferência Mista Santiago de Custóias

Salão Paroquial de Custóias, Largo do Souto, 304; 4460-830 Custóias; Telefone: 229 511 310.

Fundado em 1962, tem como objectivos, promover acções de assistência a pessoas e doentes com carências monetárias e solidão; angariar fundos de apoio; visitar os presos do estabelecimento prisional de Custóias.

Estabelecimentos de Educação e Ensino

Jardins-de-infância	3
Escola EB 2,3deSantiago.....	1
Escola Secundária do Padrão da Légua.....	1
Instituto Electrotécnico de Portugal (cursos de formação profissional)	1

Estabelecimento Prisional de Custóias

Iniciou funções em 1974, mas só foi inaugurado em 1997 pelo Presidente da República. □Actualmente tem estruturas para 480 reclusos, embora a sua lotação esteja em muito superada.

Recursos de Saúde

Clínicas Médicas Particulares	7
Farmácias.....	2

Transportes

STCP : linha 505
Metro do Porto: linhas B,C,E
Resende

Festas, Feiras e Romarias

Festa de Santiago – 1º Domingo após 25 de Julho;
Festa de Feira de Custóias – Sábado de tarde;
Nossa Senhora das Dores – 1º Domingo após 15 de Setembro;
Feira dos Moços – 21 a 26 de Agosto

Artesanato

Carlos Ribeiro/Carlos Alexandre

Rua de Oliveira Martins, 140; 4460-785 Custóias
Telefone: 229 552 830 / 229 552 797
Artesanato: artefactos em filigrana.

Principais Monumentos

Ponte D. Goimil

Resistindo às diversas intempéries e cheias que periodicamente, afectam o Rio Leça e principalmente a um trânsito automóvel cada vez mais intenso – é um dos vestígios da época medieval que subsiste em melhor estado de conservação. Era por ela que a Via Veteris (estrada que dava acesso aos peregrinos vindos do Porto para Compostela) atravessava o Leça. Mais recentemente, o desvio da estrada e a construção de uma nova ponte sobre o Rio Leça, permitiu travar o processo de degradação desta ponte que se encontrava cada vez mais ameaçada de ruína.

**ANEXO V – PEDIDO DE DADOS ÀS JUNTAS DE FREGUESIA DA SRA DA HORA E
CUSTÓIAS**

Exmo. Sr. Presidente da Junta de
Freguesia da Senhora da Hora

A Unidade de Cuidados na Comunidade da Sra. da Hora, em colaboração com as alunas de Enfermagem do Mestrado em Saúde Comunitária: Sónia Rei Cavaleiro, Ana Teresa Nogueira, Maria João Sousa e Sílvia Costa, estão a desenvolver dois estudos de investigação. Neste âmbito necessitam de informações relativas à população residente na área geográfica da Senhora da Hora para efectuar a caracterização da respectiva Freguesia.

Conforme contacto telefónico prévio envia-se a lista de dados necessária:

- Localização Geográfica
- Aspectos Sócio – Demográficos
- Recursos Existentes
 - Associações Culturais, Desportivas e Recreativas
 - Associações De Acção Social Mais Relevantes
 - Estabelecimentos De Educação E Ensino
 - Recursos De Saúde
 - Comércio E Serviços
 - Transportes
 - Festas / Feiras E Romarias
 - Artesanato (artesões que existem na freguesia com o nome e contactos)
 - Principais Monumentos

Agradecemos desde já a atenção e disponibilidade dispensada.
Atenciosamente, as alunas:

Sílvia Ribeiro dos Santos Costa
Maria João Pinto Sousa
Sónia Maria Monteiro Pereira Rei Cavaleiro
Ana Teresa Nogueira Nogueiras

A Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade:

Alice Martins
Enf.ª Chefe
Unidade de Cuidados na Comunidade

Senhora da Hora, 26 de Abril de 2010

Exmo. Sr. Presidente da Junta de
Freguesia de Custóias

A Unidade de Cuidados na Comunidade da Sra. da Hora, em colaboração com as alunas de Enfermagem do Mestrado em Saúde Comunitária: Sónia Rei Cavaleiro, Ana Teresa Nogueira, Maria João Sousa e Sílvia Costa, estão a desenvolver dois estudos de investigação. Neste âmbito necessitam de informações relativas à população residente na área geográfica de Custóias para efectuar a caracterização da respectiva freguesia.

Conforme contacto telefónico prévio envia-se a lista de dados necessária:

Localização Geográfica

Aspectos Sócio – Demográficos

Recursos Existentes

Associações Culturais, Desportivas e Recreativas

Associações De Acção Social Mais Relevantes

Estabelecimentos De Educação E Ensino

Recursos De Saúde

Comércio E Serviços

Transportes

Festas / Feiras E Romarias

Artesanato (artesões que existem na freguesia com o nome e contactos)

Principais Monumentos

Agradecem desde já a atenção e disponibilidade dispensada.

Atenciosamente, as alunas:

Sílvia Ribeiro da Silva Costa

Maria João Pinto Silva

Sónia Maria Monteiro Pereira Rei Cavaleiro

Ana Teresa Camalhão Nogueira

A Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade:

ALICE MARTINS

Alice Martins

Senhora da Hora, 26 de Abril de 2010

**ANEXO VI – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS Á ULSM E
RESPECTIVO COMPROVATIVO DE AUTORIAÇÃO**

ULSH 29/04/10 1647500

Considero o estudo de interesse para a JLSN a Comissão de Ética para os devidos efeitos

MARCARIDA FERREIRA
Enfermeira Directora

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

3/05/10

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa.

Sónia Maria Monteiro Correia Rei Cavaleiro, enfermeira em funções na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, e Ana Teresa Carvalho Nogueira, enfermeira a exercer funções no Hospital Geral de Santo António estão a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Vêm por este meio requerer autorização para realizar recolha de dados no âmbito do estudo de investigação que pretendem realizar.

A orientação ficará a cargo do Professora Norminda Magalhães e tutoria a cargo da Enfermeira Alice Martins.

O estudo de investigação está organizado em duas fases. Um primeiro momento centrado no diagnóstico de saúde em que se pretende fazer a caracterização dos utentes diabéticos inscritos nas Clínicas Privadas I, II e III e pertencentes à zona geográfica de Custóias. Para tal será utilizado um formulário que se encontra em anexo. Numa segunda fase e, após a identificação das necessidades em saúde, serão desenvolvidos projectos de intervenção de forma a actuar de acordo com as necessidades consideradas prioritárias.

A recolha de dados será efectuada pelas investigadoras. A participação terá um carácter confidencial e natureza voluntária. Previamente serão explicadas aos participantes as finalidades do estudo, as condições de participação e de confidencialidade. Se decidirem participar, poderão deixar de

o fazer a qualquer momento. A decisão de participarem ou não neste estudo, não afectará a relação actual ou futura com a ULS Matosinhos.

Não existem quaisquer riscos previstos para os participantes do estudo. Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob absoluto sigilo. Em nenhum relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes.

No final do estudo as investigadoras comprometem-se a tornar acessíveis os resultados da investigação.

Com os melhores cumprimentos, pedem deferimento:

Sónia Maria Monteiro Correia Rei Cavaleiro
(Sónia Maria Monteiro Correia Rei Cavaleiro) 4457

Ana Teresa Carvalho Nogueira
(Ana Teresa Carvalho Nogueira)

Reunião da Comissão de Ética

Decidiu-se ainda após a realização do estudo desde que o comité com o debate para avaliar a sua disponibilidade para participar no mesmo seja feita pela autarquia que o teste.

7/5/10

Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULSM Matosinhos

Matosinhos, 26 de Abril de 2010

Termei conhaamento

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº 55/CE / SR Data: 10-05-2010
--	-------------------	---------------------------------------

Para: Presidente Conselho de Administração
De: Comissão de Ética

Assunto:

Pedido de autorização para recolha de dados

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,



A Comissão de Ética analisou na sua reunião de 07 de Maio de 2010, o pedido de autorização para recolha de dados na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, proponentes enfermeira Sónia Maria Cavaleiro da UCC Sra. Hora e enfermeira Ana Teresa Nogueira do Hospital Geral Sto. António,

Decidido nada opor à realização do estudo desde que o contacto com o doente para avaliar a sua disponibilidade em participar no mesmo seja feita pelo enfermeiro que o trata.

Com os melhores cumprimentos,


Dr. José Alberto Silva
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. - Matosinhos)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	N.º 1252/DGRII/PV Data: 2010-05-04
--	-------------------	---

Para: Comissão de Ética

De: Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental

Assunto: Circulação de documentos

Secretariado das Comissões
ENTRADA DE CORRESPONDÊNCIA
N.º 37 05.05.10

INFORMAÇÃO

Pedimos o favor de:

~~A TÍTULO DEVOLUTIVO DEVOLVER O ORIGINAL COM RESPECTIVA
INFORMAÇÃO~~



Anexo:

- Entrada n.º 16475 de 29-04-2010

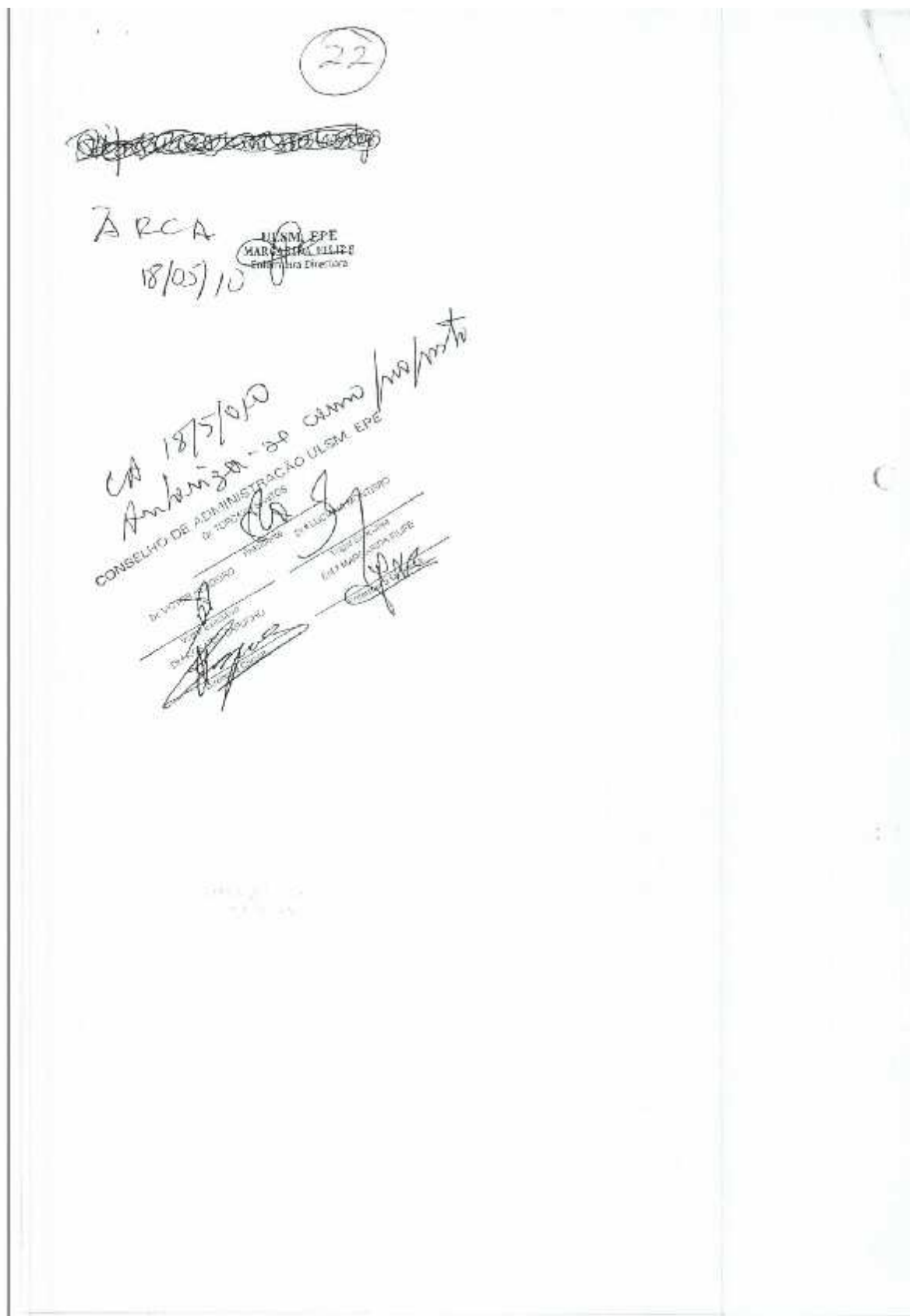
04.05.2010
Paula Valadão
Assistente Técnica
Dep. Recursos Humanos

Para qualquer esclarecimento contacte Paula Valadão - extensão: 1668.

~~Esta informação serve apenas para copiar. No caso de ser solicitada informação, deve ser dada no documento ou elaborada uma informação, utilizando para o efeito o impresso~~

~~001-01-INF-1260~~

*Revisão
Entregue cópia às comissões*



ANEXO VII – ESCOLHA DA AMOSTRA

A população deste Diagnóstico de Situação é constituída pela população diabética, inscrita nas Clínicas Privadas I, II e III, identificada através da aplicação informática SINUS.

Passamos agora a explicitar todo o processo de selecção da amostra para o estudo. Todas as decisões tomadas contaram com o contributo e supervisão da Enfermeira Tutora, Enfermeira Coordenadora da UCCSH. A primeira escolha recaiu pela população diabética pertencente às Clínicas Privadas com convenção com o Serviço Nacional de Saúde, pelo facto de não terem acompanhamento de Enfermeiro de Família, e como tal se prever que poderão ser identificadas mais necessidades em saúde. Estes utentes recorrem ao CSSH para serviços de enfermagem, mas pelo facto de o rácio de enfermeiros existente ser inferior ao necessário, para se efectuarem todas as actividades preconizadas a nível de Cuidados de Saúde Primários, a vertente mais presente é a curativa. A nível da prevenção a área de maior atenção é a Vacinação.

Neste contexto, no dia 22.04.2010 foi feita a impressão da aplicação informática SINUS de todos os utentes diabéticos inscritos nas Clínicas Privadas III que têm convenção com o Serviço Nacional de Saúde, identificados com guia de diabético. De seguida apresenta-se um Quadro descritivo dos dados obtidos.

Quadro 31: Distribuição do Número de Diabéticos com Guia, identificados no SINUS, por área geográfica, e Clínicas Privadas, e que são alvo de cuidados dos enfermeiros da UCCSH

N.º DE UTENTES DIABÉTICOS	SENHORA HORA	CUSTÓIAS	GUIFÕES	TOTAL
CLÍNICA PRIVADA I	38	32	21	91
CLÍNICA PRIVADA II	35	35	16	86
CLÍNICA PRIVADA III	147	93	88	328
CLINICA PRIVADA IV	1	-	11	12
TOTAL	221	160	136	517

Os critérios de decisão foram baseados na análise deste Quadro. Para a escolha da amostra tivemos em linha de conta o tempo previsto para a colheita de dados, e o número de elementos que iriam proceder à colheita: as duas mestrandas. Tendo em conta os números acima mencionados ponderamos relativamente à área geográfica a seleccionar. A área da Senhora foi excluída por apresentar uma amostra maior. A opção recaiu sobre a área geográfica de Custóias, pelo facto de a área de Guifões ter vindo a ser foco de atenção por projectos de caracterização e intervenção, de alunos em anos anteriores. A Clínica Privada IV foi excluída uma vez que não tinha diabéticos que pertencessem à área geográfica de Custóias.

O tipo de Amostragem utilizado foi amostragem acidental/ por conveniência na medida em que *“é uma amostra de tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento”* (Fortin, 2000, p. 363).

Foram definidos os seguintes Critérios de Exclusão:

- ✓ Utentes que não têm registo de contacto telefónico nas aplicações informáticas SAPE e SINUS;
- ✓ Utentes cujo número de telefone não está atribuído;
- ✓ Utentes sem estabelecimento de contacto, após 3 chamadas telefónicas efectuadas em diferentes momentos do dia, manhã (9h-12h), momento de almoço (12h-14h), fim da tarde (17-20h), em diferentes dias;
- ✓ Utentes que faltem à reunião agendada não voltariam a ser convocados.

ANEXO VIII - QUESTIONÁRIO



Projectos de Enfermagem:

Diabetes Desafio para o Novo Milénio/ PrEGERET

Formulário de caracterização dos Diabéticos residentes na área de influência da UCC Sra. Hora

1. Enquadramento

Com o questionário que se apresenta de seguida procede-se à colheita de dados que integrará a caracterização da população-alvo da área de influência da UCC. A finalidade será constituir evidência acerca das necessidades de aprendizagem sobre a gestão do regime terapêutico dos diabéticos.

Este questionário permite identificar:

- Diabéticos residentes na área de influência da UCC
- Diabéticos com gestão do regime terapêutico ineficaz
- Necessidades de aprendizagem
- Fontes de procura de informação.

2. Objectivos

Os objectivos deste questionário são caracterizar a percepção dos diabéticos relativamente a:

- Necessidades de aprendizagem e suporte;
- De que forma estas necessidades estão a ser satisfeitas;
- Fontes de informação.

3. Metodologia

A metodologia escolhida será a quantitativa, através do uso de um formulário a ser aplicado pelos enfermeiros.

N.º de Inquérito: _____

Local de contacto: Centro de Saúde UCC Sra. da Hora Domicílio

Recusa

I - Caracterização Sócio-demográfica

Género: Feminino Masculino

Data de Nascimento: ____/____/____

Nível de Escolaridade: Nenhum; Ensino Básico - 1º Ciclo (4 anos) Ensino Básico - 2º Ciclo (6 anos); Ensino Básico - 3º Ciclo (9 anos); Ensino Secundário (11/12 anos); Ensino Superior;

Estado civil: Casado(a)/União de facto Solteiro(a) Viúvo(a) Divorciado(a)

Profissão: _____

II – Necessidades de Suporte

Tipo de Família:

- Família Nuclear Família Unipessoal Família Monoparental
 Família Alargada Família Reconstruída Outras

Para cumprir o tratamento prescrito necessita de ajuda? Sim Não

Se sim, em que áreas:

- Toma de medicação oral Toma de medicação injectável
 Vigilância da glicemia capilar Vigilância dos pés
 Alimentação Exercício físico
 Outra(s) _____

Tendo em conta as áreas identificadas anteriormente, quem o ajuda?

Identificação/ Grau de Parentesco	Áreas
Familiar:	
Amigo/Vizinho:	
Profissional de Saúde:	
Outros profissionais:	
Outro(s):	

III – Caracterização Clínica

Tensão arterial (mmHg): ____/____ Freqüência Cardíaca (p/min) ____
 Glicemia Capilar : valor mais recente dos últimos sete dias (mg/dl) _____ Pós – prandial Jejum

Peso Corporal (Kg): ____ Altura (cm): ____ IMC: ____ Perímetro abdominal (cm): ____

Ano de Diagnóstico da doença: _____

Classificação da Diabetes:

Tipo de Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Outros tipos _____

Hb1c: valor mais recente do último ano (%): _____ Data ____/____/____

Antecedentes Pessoais:

Infecciosas Mentais Neurológicas

Cardiovasculares/hematológicas

Respiratórias Digestivas/nutricionais Genito-urinárias Endócrinas e metabólicas

Músculo-esqueléticas/osteoarticulares Alérgicas/Dermatológicas

Oftálmicas e do foro otorrinolaringológico Oncológicas

Outras doenças _____

É fumador? Sim Não Ex-fumador Se sim quantos cigarros fuma por dia?

Vacina anti-tetânica actualizada: Sim Não

Presença de complicações :

Doença Coronária e Cerebrovascular (DCV) Nefropatia

Neuropatia Amputação Retinopatia

IV - Gestão do Regime Terapêutico

Acha que controla bem a sua doença? Sim Não

Se não porquê? Falta de Conhecimentos Falta de Motivação Falta de suporte Outros _____

Sabe qual(ais) o(s) procedimento(s) a adoptar em caso de hipoglicemia ou hiperglicemia?

Sim Não

(Responda às seguintes questões tendo em conta os seus hábitos nas últimas 4 semanas)

Regime Medicamentoso

Toma antidiabéticos orais: Sim Não

Se sim, qual (ais)? _____

Tem dificuldade na toma de medicamentos? Sim Não

Se sim, em quê? _____

Insulina: Sim Não Se sim, qual (ais)? _____

Quantas vezes administra insulina por dia? _____

Tem dificuldade em gerir a administração de insulina? Sim Não

Motivo: Dificuldade na técnica de administração Dor Contagem das unidades Troca das agulhas

Troca da recarga Outro(s) _____

Costuma esquecer-se de tomar a medicação? Sim Não

Alimentação

Reconhece vantagens na prática de uma alimentação adequada na Diabetes?

Sim Não

Quantas refeições faz por dia? _____

O intervalo entre as refeições é superior a 3 horas? _____

O período nocturno em jejum é superior a 8 horas? Sim Não

Inicia o almoço ou o jantar com uma sopa de legumes? Sim Não

Quantas peças de fruta ingere por dia? _____

Fora das principais refeições acompanha a fruta com hidratos de carbono de absorção lenta (exemplo: pão/bolachas integrais, etc)? Sim Não

O que é que confecciona com mais frequência:

Cozidos: _____ Grelhados: _____ Fritos: _____ Estufados: _____

Assados: _____

Quantas vezes por semana come peixe? _____

Quantas vezes por semana come carne? _____

Qual o tipo de carne que consome mais frequentemente: Carnes vermelhas Carnes brancas

Que quantidade de água/ líquidos ingere por dia(l)? _____

Ingere bebidas alcoólicas diariamente? Sim Não Se sim que quantidade(ml)? _____

Exercício Físico

Reconhece vantagens na prática de exercício físico na diabetes? Sim Não

Pratica exercício físico: Sim Não

Se não, porquê? Não tem companhia Não tem motivação Tem limitações físicas Não tem dinheiro

Tem vergonha da sua aparência Falta de tempo

Outra(s) _____

Se Sim:

Quantas vezes por semana? _____

Que tipo de exercício físico? _____

Qual a duração de cada período de exercício físico? _____

V- Vigilância

Vigia a glicemia capilar? Sim Não

Se não, qual o motivo?

Não sabe qual a sua importância Não tem glucómetro Não sabe funcionar com o glucómetro

- Não sabe interpretar o valor Tem medo de se picar Não se sente motivado
 Falta de tempo
 Outro (s) _____

Se sim, a vigilância da glicemia capilar é feita:

- pelo próprio pelo prestador de cuidados pelo profissional de saúde
 outro _____

Nos casos em que faz vigilância da glicemia capilar:

Quantas vezes/ semana realiza a monitorização da glicemia capilar? _____

Em que momento (s) do dia realiza a monitorização da glicemia: _____

Em que zona do corpo executa a picada? dedos das mãos extremidade central
 dedos das mãos extremidade lateral Outro (s) _____

Muda o local de punção com frequência? Sim Não (pica sempre no mesmo local)

Troca de agulha após cada punção? Sim Não

Tem cuidado em ajustar o código das tiras de glicemia sempre que troca de caixa?
 Sim Não

Conhece o valor de referência da glicemia em jejum e pós – prandial ? Sim
 Não

Faz vigilância do pé? Sim Não

Se não, qual (ais) o(s) motivo(s)?

Não considera importante Não tem tempo Não sabe avaliar Falta de ajuda

Outro (s) _____

Cuidados aos pés	Sim	Não
Inspecciona os pés diariamente, incluindo a área entre os dedos?		
Lava regularmente os pés secando cuidadosamente, especialmente entre os dedos?		
Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene?		
Anda descalço?		
Calça sapatos sem meias?		
Utiliza calçadas?		
Aplica creme hidratante nos pés?		
Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura?		
Corta as unhas a direito?		
Lima as unhas com lima de cartão?		

O seu pé é examinado regularmente por um profissional de saúde? Sim Não

V- Vigilância do Pé	
Calçado adequado:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Deformação ou proeminência óssea:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pulso pedioso:	<input type="checkbox"/> presente e normal <input type="checkbox"/> presente e diminuído <input type="checkbox"/> ausente
Sensibilidade táctil fina (teste do monofilamento):	<input type="checkbox"/> Conservada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente
Temperatura do pé:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Diminuída
Coloração:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cianosada
Queratoses:	<input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes
Micoses:	<input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes
Perda da mobilidade articular:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Úlcera Anterior ou actual:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Amputação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

VI – Recursos da Comunidade

Se for criado um grupo de apoio para os diabéticos na comunidade, gostaria de integrar esse grupo? Sim Não

Já frequentou algumas sessões de educação para a saúde em grupo? Sim Não

Se não, gostaria de participar? Sim Não

VII - Fontes de Informação

Livros Internet Familiares Enfermeiro Médico

Outros Doentes

Outros _____

N.º de Inquérito: _____

Nome: _____

NOP: _____

Contacto telefónico: _____

Morada: _____

ANEXO IX – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DO MÓDULO I

Módulo I – Diagnóstico de Situação

Mês	Abril			Maio			Junho		
Actividade	19-23	26-30	3-7	10-14	17-21	24-31	1-4	7-11	14-18
1a	[Orange bar]								
2a	[Yellow bar]								
2b	[Blue bar]								
2c	[Blue bar]								
2d	[Blue bar]								
2e		[Green bar]							
2f			[Light Green bar]						
2g				[Magenta bar]					
2h				[Magenta bar]					
2i							[Purple bar]		
2j									[Red bar]

LEGENDA DE ACTIVIDADES:

Actividade 1a – Relacionada com vários objectivos específicos, inclui em si várias pequenas actividades tais como: momentos de reflexão em equipa; consulta de peritos.

Actividade 2a – Pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades, recorrendo a metodologia científica.

Actividade 2b - Selecção das variáveis.

Actividade 2c - Determinação da amostra.

Actividade 2d -Selecção de fontes.

Actividade 2e – Elaboração de um instrumento de colheita de dados relativos à GRT e auto - vigilância dos diabéticos.

Actividade 2f – Pré-testagem.

Actividade 2g–Previsão do tratamento, análise, representação dos dados e dos recursos.

Actividade 2h-Colheita de dados.

Actividade 2i-Organização, análise, interpretação e representação dos dados.

Actividade 2j- Identificação das necessidades e elaboração das conclusões.

ANEXO X – PROBLEMAS IDENTIFICADOS ATRAVES DO DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

Necessidades em Cuidados de Saúde	%	Média
P1 - HTA		14,26/81,1
P2 - Valores Glicemia alterados/HgA1c		140 Jejum e 202 pós-prandial / 7,9%
P3 - IMC > 25		28,56
P4 - Perímetro Abdominal		101,48
P5 - Complicações Crônicas		
Doenças Cardiovasculares	59,26	
Neuropatia	4,94	
Nefropatia	3,70	
Amputação	1,23	
Retinopatia	1,23	
P6- Consumo de Tabaco	11,11	18,75/dia
P7- Consumo de Álcool	50	
P8 - Percepção sobre Gestão do Regime Terapêutico	11,11	
Falta de conhecimento	44,44	
Falta de Motivação	44,44	
Falta de suporte	11,11	
P9 - Vacina Anti-tetânica em atraso	28,77	
P10- Falta de conhecimentos sobre complicações agudas: Hipoglicemia/Hiperglicemia	40,74	
P11 - Regime Medicamentoso		
Dificuldade na toma de medicamentos	4,76	
Esquecimento na toma de medicamentos	12	
Falta de conhecimentos sobre técnica de administração de insulina	12,5 (em 14,29)	
P12 - Alimentação		
<6 Refeições/dia	61,25	
Intervalo entre refeições > 3h	72	
Jejum Nocturno > 8h	27,85	
Ingestão de fruta sem H.C. absorção lenta	59,49	
P13 -Exercício Físico		
Limitações Físicas	59,38	
Ausência de prática de exercício físico	41,56	
Desconhecimento sobre as vantagens	3,90	
Falta de motivação	34,38	
Falta de companhia	6,25	
P 14 - Auto vigilância Glicemia Capilar		
Não realiza	13,58	
Só realiza em jejum	62,69	
Punção continuada no mesmo local	30,61	
Não troca de agulha após procedimento	16,67	
Não sabe interpretar os valores de glicemia	41,54	
P15 - Auto vigilância do Pé		
Não realiza Auto-vigilância do Pé	56,25	
Desconhece a importância da sua realização	37,78	
Não realiza por falta de ajuda	42,22	
Não lava diariamente os pés ou não seca cuidadosamente entre os dedos	2,63	
Não inspeciona os pés diariamente incluindo a área entre os dedos	18,42	
Não utiliza meias com a costura para fora ou sem costura	23,68	
Não aplicam creme hidratante	40,79	
Não corta as unhas a direito	52,63	
Não utiliza lima de cartão	72,37	
Calça sapatos sem meias	25	
Anda descalço	11,84	
Utiliza calçado apertado	9,09	
Utiliza calçadas	7,89	
P16 - Vigilância do pé pelo profissional de saúde		
Deformações ou proeminências ósseas	14,47	

Pulso pedioso diminuído	10,53	
Sensibilidade táctil diminuída ou ausente	19,72	
Pé frio	3,85	
Queratoses e micoses presentes	24,36	
Perda de mobilidade articular	1,3	
Ulceração	6,41	
Amputação	2,53	

ANEXO XI – TRIAGEM

Perito 1	Perito 2	Perito 3
PROBLEMAS MAIS IMPORTANTES		
P15	P15	P2
P16	P12	P12
P12	P13	P15
P14	P14	P10
P11	P11	P16
PROBLEMAS RESIDUAIS		
P2	P2	P6
P5	P6	P13
P6	P10	P11
P8	P5	P14
P10	P8	P5
P13	P16	P8
PROBLEMAS MENOS IMPORTANTES (A ELIMINAR)		
P4	P4	P4
P9	P9	P9
P7	P7	P7
P3	P3	P3
P1	P1	P1

ANEXO XII – PROBLEMAS RESULTANTES DA TRIAGEM

Problemas resultantes da Triagem
P2: Glicemia Capilar/ Hemoglobina Glicosilada
P5: Complicações Crônicas
P6: Consumo de Tabaco
P8: Percepção sobre Gestão do Regime Terapêutico
P10: Complicações Agudas: Hipoglicemia/ Hiperglicemia
P11: Regime Medicamentoso
P12: Alimentação
P13: Exercício Físico
P14: Auto-Vigilância Glicemia Capilar
P15: Auto – Vigilância do Pé
P16: Vigilância do Pé pelo profissional de saúde

ANEXO XIII – CONSENSO DE PERITOS

	Perito 1	Perito 2	Perito 3
Muito Importante (1,00)	P15/P12/P13/ P11	P2/P12/P15/P16/P6	P15/P12/P11/P10/ P13/ P14
Importante (0,75)	P14/P6/P10/P16	P10/P13/P11/P14/P5	P5/P6/ P16
Medianamente Importante (0,5)	P2/P5/P8	P8	P8/P2

ANEXO XIV – COMPARAÇÃO POR PARES

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL	%
P15	P15/ P12	0	0
P12		1	100

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL	%
P13	P13/ P11	0	0
P11		1	100

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL	%
P14	P14 P14 P14 P6 P16 P10	2	33,3
P6	P6 P6 P6 P14 P16 P10	0	0
P16	P16 P16 P16 P14 P6 P10	1	16,7
P10	P10 P10 P10 P14 P6 P16	3	50

PROBLEMAS	COMPARAÇÃO POR PARES	VALOR FINAL	%
P5	P5/ P2	0	0
P2		1	100







ANEXO XV – PRIORIZAÇÃO FINAL DE PROBLEMAS

PRIORIZAÇÃO FINAL DE PROBLEMAS
P12: Alimentação
P15: Auto – Vigilância do Pé
P11: Regime Medicamentoso
P13: Exercício Físico
P10: Complicações Agudas: Hipoglicemia/ Hiperglicemia
P14: Auto-Vigilância Glicemia Capilar
P16: Vigilância do Pé pelo profissional de saúde
P6: Consumo de Tabaco
P2: Glicemia Capilar/ Hemoglobina Glicosilada
P5: Complicações Crônicas
P8: Percepção sobre Gestão do Regime Terapêutico

ANEXO XVI – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO MODULO II E III






cronograma de estágio - Módulo II

		Ano - 2010									
Mês		OUTUBRO					NOVEMBRO				
Segunda		4	11	18	25	1	8	15	22	29	
Terça		5	12	19	26	2	9	16	23	30	
Quarta		6	13	20	27	3	10	17	24		
Quinta		7	14	21	28	4	11	18	25		
Sexta	1	8	15	22	29	5	12	19	26		
Sábado	2	9	16	23	30	6	13	20	27		

	Feriados
	Reuniões tutoriais
	Horas presenciais de Estágio (8h-20h)
	Horas de trabalho individual
	Entrega Projecto de Intervenção (Módulo II)
	Elaboração do Portefólio e Relatório Estágio (Módulo II)

Cronograma de estágio - Módulo III

	Ano - 2010									
Mês	Dezembro					Janeiro				
Segunda		6	13	20	27	3	10	17	24	31
Terça		7	14	21	28	4	11	18	25	
Quarta	1	8	15	22	29	5	12	19	26	
Quinta	2	9	16	23	30	6	13	20	27	
Sexta	3	10	17	24	31	7	14	21	28	
Sábado	4	11	18	25	1	8	15	22	29	

	Férias de Natal
	Reuniões tutoriais
	Horas presenciais de Estágio (8h-20h)
	Horas de trabalho individual
	Elaboração do Portefólio e Relatório Estágio (Módulo III)

ANEXO XVII - ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DO PÉ DIABÉTICO

Actividade nº1:

Na primeira actividade contei com a colaboração de outro profissional de saúde. A Enf.^a que colaborou encontra-se responsável pelo Pé Diabético na UCC da Senhora da Hora pelo que se tornou imprescindível a sua colaboração.

Os conteúdos abordados foram expostos através de data show, a apresentação foi realizada em Power Point.

Na sessão os conteúdos abordados foram: os cuidados a ter com o pé diabético, a higiene dos pés, o exame dos pés, o tipo de calçado ideal e o que comprar, os cuidados regulares a ter com o calçado e as lesões do pé diabético.

No final da sessão foi proporcionado tempo para questões que os utentes pudessem ter. Esse tempo tornou-se essencial pois permitiu o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências.

Foi também entregues dois questionários, um de satisfação da sessão e outro de conhecimentos e fornecido tempo para o seu preenchimento. Estiveram presentes 25 dos 30 utentes contactados.

Actividade nº 2:

A segunda actividade foi realizada por mim. Os conteúdos programados foram também expostos através de data show, utilizando o Power Point. Os conteúdos abordados foram: as complicações do pé diabético, sinais e sintomas, factores de risco, cuidados a ter com os pés (Higiene dos pés, unhas e calosidades, observar cuidadosamente os pés, calçado, cuidados regulares com o calçado), outros cuidados importantes, atitudes perigosas para os pés. Esta sessão decorreu uma semana após a primeira.

O final da sessão foi reservado para possíveis dúvidas que os utentes tivessem e para troca de experiências.

Aguardados 15 minutos para o preenchimento do questionário de satisfação da sessão e o de conhecimentos.

Actividade nº 3:

A terceira actividade teve uma componente mais prática. Decorreu uma semana após a segunda sessão.

Contei com a ajuda da minha colega de estágio para o decorrer da sessão. A minha colega fez de Diabética e expôs o seu pé para eu lhe prestar todos os cuidados que estão propostos para o pé diabético. Todos os cuidados que foram demonstrados já haviam sido referenciados nas duas sessões anteriores. Através desta demonstração os Diabéticos puderam participar de forma activa demonstrando os seus conhecimentos pois era constantemente perguntado se estávamos a executar as técnicas correctamente, em que umas das vezes estávamos mas outras não, eles tinham de as identificar.

No final da sessão foram fornecidos panfletos aos diabéticos sobre o pé diabético. Também foram fornecidos os slides impressos das duas sessões anteriores e colocados numa

capa que havia sido entregue individualmente para que pudessem construir um dossier com a informação apresentada ao longo das sessões. Foram dadas canetas para que pudessem trazer para todas as sessões.



Programa Educacional de Diabetes Tipo 2 Formação “Pés Saudáveis” - Parte prática

Questionário de avaliação de conhecimentos

Assinale cada afirmação com Verdadeiro (V) ou Falso (F).

	V	F
É importante lavar os pés com água morna para evitar escaldões nos pés.		
Não se deve andar descalço.		
Deve-se aplicar creme hidratante no meio dos dedos.		
A observação do pé pode ser efectuada num local sem luz.		
Não se deve cortar as unhas com corta-unhas.		
Deve ser feita observação do pé pelo profissional de saúde pelo menos uma vez por ano.		
As meias devem apertar muito os pés.		
O calçado deve ser confortável.		
É perigoso adormecer com botijas de água quente nos pés.		
Deve-se lavar os pés todos os dias e secar muito bem com uma toalha.		

**ANEXO XVIII – ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE SOBRE A MEDICAÇÃO E
O DIABETICO**

Sessão nº 1:

A primeira Sessão sobre regime medicamentoso teve lugar no Salão Nobre da Junta de Freguesia de Custóias.

Na sessão foram abordados subtemas tais como: o que é a diabetes, como aparece a diabetes, tipos de diabetes, diabetes tipo 1 e tipo 2, hipoglicemia, hiperglicemia, valores normais de glicemia.

Os conteúdos abordados foram expostos através de data show, a apresentação foi realizada em Power Point.

No final da sessão foi proporcionado tempo para questões que os utentes pudessem ter. Esse tempo tornou-se essencial pois permitiu o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências.

Foi também entregues dois questionários, um de satisfação da sessão e outro de conhecimentos e fornecido tempo para o seu preenchimento. Estiveram presentes 25 dos 30 utentes contactados.

Sessão nº 2:

Na segunda sessão foi abordada a diabetes tipo 1. Foram apresentados conceitos tais como: diabetes tipo 1, terapêutica com insulina, locais de administração, complicações. Esta sessão foi mais voltada para os dois utentes Diabéticos tipo1 pertencentes ao grupo participante.

Os conteúdos abordados foram expostos através de data show, a apresentação foi realizada em Power Point.

Nesta sessão foi reservado tempo para estar em particular com os dois utentes que faziam insulina. Este tempo serviu para avaliar os seus conhecimentos a cerca da administração de insulina, da técnica, dos cuidados a ter, ou seja, para verificar se estavam a realizar tudo correctamente ou se necessitavam de ajuda.

No final da sessão foi proporcionado tempo para questões que os utentes pudessem ter. Esse tempo tornou-se essencial pois permitiu o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências.

Foi também entregues dois questionários, um de satisfação da sessão e outro de conhecimentos e fornecido tempo para o seu preenchimento. Estiveram presentes 25 dos 30 utentes contactados.

Nas duas sessões foram fornecidos panfletos elucidativos sobre o regime medicamentoso e sobre administração de insulina.

Foi facultada aos utentes, a informação das sessões em papel, para que estes a colocassem no dossier previamente fornecido.



Programa Educacional de Diabetes Tipo 2 Formação “O Diabético e a Medicação”

Questionário de avaliação de conhecimentos

Assinale cada afirmação com Verdadeiro (V) ou Falso (F).

	V	F
É importante tomar os comprimidos a horas correctas.		
É importante não esquecer tomar a medicação.		
Deve-se tomar a medicação que nos apetece.		
Pode-se alterar a hora dos medicamentos conforme nos apetece.		
Monitorizar a glicemia ajuda a prevenir complicações.		
Para combater uma hipoglicemia deve-se beber água com açúcar.		
Deve-se comunicar ao médico/enfermeiro se estiver com os valores descontrolados.		
A obesidade é a principal causa de diabetes tipo2.		

**ANEXO XIX – ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE SOBRE O DIA MUNDIAL DA
DIABETES – SESSÃO COMEMORATIVA**

A Sessão Comemorativa do Dia Mundial da Diabetes foi totalmente organizada por mim e pela minha colega de estágio. Participamos em tudo, no planeamento, na execução, montamos todo o espaço e organizamos a localização de cada evento. Contactamos com colaboradores necessários ao projecto incluindo profissionais de saúde.

Montamos a bancada para o Chef de Cozinha realizar a aula de culinária bem como providenciamento dos utensílios e comida a utilizar. Para a montagem dos Módulos para os rastreios contamos com a colaboração dos profissionais do Centro de Saúde da Sra. da Hora.

Existem inúmeras actividades que se desenvolveram. No âmbito da minha área de avaliação estiveram as temáticas: regime medicamentoso e pé Diabético.

Estive responsável na colaboração com a minha colega de estágio em outras actividades, apesar de não serem a minha área de actuação, mas participei nelas.

Foi realizado um workshop de alimentação com a Nutricionista do Centro de Saúde da Sra. da Hora acompanhada por um Chef de cozinha. Estiveram presentes no Work Shop perto de 75 pessoas. Colocamos uma mesa com comida, com a respectiva legenda e valor calórico para uma maior percepção por parte das pessoas. Também pedi colaboração a uma Designer, que a partir de receitas seleccionadas, elaborou um livro para ser fornecido aos utentes que participassem no Work Shop

Foi realizado outro Work Shop para as pessoas que quisessem fazer um pouco de exercício físico localizado, este exercício foi realizado numa sala de espelhos com capacidade para 20 pessoas do Pavilhão de Congressos. As indicações dos exercícios a realizar estiveram a cargo da Fisioterapeuta do Centro de Saúde da Senhora da Hora.

No início da Comemoração foi realizada uma caminhada que esteve sob orientação da Fisioterapeuta do Centro de Saúde da Sra. da Hora, do Matosinhos Sport e dos Enfermeiros que guiaram as pessoas que quiseram participar. Estiveram presentes mais de 200 pessoas.

Após a caminhada as pessoas eram encaminhadas para os rastreios onde contamos com a colaboração de Enfermeiros do Centro de Saúde da Sra. da Hora. Foram efectuados rastreios sobre Diabetes, HTA e Obesidade. A nível da auto-vigilância da glicemia capilar foi realizado aconselhamento e ensinios aos utentes. Numa mesa foram colocadas as várias marcas de glucómetros e de canetas de insulina para que os utentes pudessem experimentar, questionar e aprender ao vivo.

Sobre o regime medicamentoso também tivemos aconselhamento e ensinios realizados por enfermeiros. As pessoas que quisessem podiam ainda assistir a um filme que foi projectado numa parede sobre a Diabetes. Foi aplicado ainda um questionário de avaliação de risco de desenvolver a Diabetes ás pessoas presentes no evento.

Foi realizada ainda uma sessão de Reiki que moveu 20 pessoas e uma sessão final de relaxamento.

No salão grande do Pavilhão de Congressos foi realizada uma caminhada interior, exercícios físicos e alongamentos que estiveram comandados pela equipa do Põe-te a Mexer. Estiveram presentes cerca de 200 pessoas. No mesmo local, e já no final de todas as

actividades, tivemos uma aula de culinária ao vivo com um Chef de Cozinha. O Chef cozinhou uma sopa, um prato de peixe e uma sobremesa tudo ao vivo.

**ANEXO XX – ACTIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE SOBRE A AUTO
VIGILÂNCIA DA GLICEMIA CAPILAR**

Sessão nº 1:

A primeira Sessão sobre pesquisa de glicemia capilar teve lugar no Salão Nobre da Junta de Freguesia de Custóias.

Na sessão foram abordados subtemas tais como: a fisiopatologia da Diabetes, o que era uma hipo e uma hiperglicemia, quais os sinais e sintomas de uma hipo e hiperglicemia, quais os valores normais de glicemia capilar, quando avaliar a glicemia capilar, como realizar correctamente a punção capilar e por fim para que serve cada objecto numa punção capilar.

Os conteúdos abordados foram expostos através de data show, a apresentação foi realizada em Power Point.

No final da sessão foi proporcionado tempo para questões que os utentes pudessem ter. Esse tempo tornou-se essencial pois permitiu o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências.

Foram também entregues dois questionários, um de satisfação da sessão e outro de conhecimentos e fornecido tempo para o seu preenchimento. Estiveram presentes 25 dos 30 utentes contactados.

Sessão nº 2:

A segunda sessão foi realizada em colaboração com a minha colega de estágio. Esta sessão decorreu uma semana após a primeira.

A sessão esteve dividida em duas partes em que na primeira foi apresentada a informação programada. Na segunda parte, foi pedido aos utentes que levassem as suas máquinas de glicemia capilar, foi-lhes explicado individualmente o seu correcto funcionamento. Posteriormente, todos em conjunto realizaram uma punção capilar nas suas próprias máquinas e foram interpretados os valores.

Através desta demonstração os Diabéticos puderam participar de forma activa demonstrando os seus conhecimentos pois era constantemente perguntado como se deveria proceder.

No final da sessão foram fornecidos panfletos aos diabéticos sobre a temática em causa. Também foram fornecidos os slides das apresentações para que colocassem no dossier. Foram fornecidas canetas para que pudessem trazer para todas as sessões.

Sessão nº 3:

Na terceira sessão como nos aproximávamos do Natal foi realizado um lanche diabético onde foram confeccionados, doces Natalícios, como: leite-creme, cheese cake, mousse de chocolate, pão com queijo e fiambre, sumos naturais, chá e muita boa disposição!

Nesta sessão antes e após a doçaria foi avaliada a glicemia capilar e interpretados os valores.

Foi um lanche de convívio e de despedida do grupo que esteve sempre interessado e comprometido com o Curso sobre a Diabetes ao longo dos dois Módulos de Estágio (Módulo II e Módulo III).



Programa Educacional de Diabetes Tipo 2 Formação “Pesquisa de glicemia capilar”

Questionário de avaliação de conhecimentos

Assinale cada afirmação com Verdadeiro (V) ou Falso (F).

	V	F
É importante registrar os valores de glicemia.		
É importante lavar as mãos para realizar a pesquisa de glicemia.		
Deve-se picar o dedo no meio deste.		
Pode-se utilizar a mesma agulha durante meses.		
Monitorizar a glicemia ajuda a prevenir complicações.		
Para combater uma hipoglicemia deve-se beber água com açúcar.		
Deve-se comunicar ao médico/enfermeiro se estiver com os valores descontrolados.		
A obesidade é a principal causa de diabetes tipo2.		

Planeamento da educação para a saúde sobre a Diabetes

Pesquisa de Glicemia capilar

A elaboração de um planeamento é necessária em qualquer acção ou serviço. Planear permite estruturar todo o processo a desenvolver na elaboração de um trabalho. Este incorpora os recursos disponíveis, o grupo alvo, as estratégias a utilizar e o método de avaliação.

Planear permite tomar decisões e fazer reestruturações caso seja necessário.

1. Caracterização do grupo

O grupo alvo da educação para a saúde é os Diabéticos Tipo 2, inscritos nas Clínicas Privadas I, II e III, pertencentes á Freguesia de Custóias, com convenção com o Serviço Nacional de Saúde.

Foram 30 os Diabéticos Tipo 2 que foram convocados para participarem na implementação do projecto.

2. Escolha do Tema

A temática da Diabetes surge como uma necessidade proposta pela Enf.^a Chefe Alice Martins.

Foi elaborado um curso ao grupo Diabético seleccionado sobre a Diabetes inserido no Programa Educacional para Diabéticos tipo 2, com duração total de 4 meses.

De acordo com o Programa Educacional para Diabéticos Tipo II, "Viver Melhor com a Diabetes", desenvolvido por mim e pela aluna Sónia Cavaleiro, no Módulo II propus-me a desenvolver um projecto sendo ele:

- Projecto: "Vigiar para controlar"

Neste projecto pretende-se intervir a nível da auto-vigilância da Diabetes, nomeadamente da glicemia capilar.

3. Definição dos objectivos

- Sensibilizar todos os diabéticos para a importância de uma monitorização de glicemia capilar correcta;
- Criar competências para prevenir complicações ao nível da hipoglicemia e hiperglicemia;
- Sensibilizar para as necessidades de higiene antes e durante a pesquisa de glicemia capilar;
- Informar sobre a técnica de punção capilar;
- Fornecer material de leitura sobre o tema.

4. Selecção de conteúdos

As educações para a saúde foram elaboradas de acordo com as necessidades de formação manifestadas pelos Diabéticos quando preencheram o questionário para o diagnóstico de saúde.

Foram feitas alterações e ajustes de formação conforme a necessidade manifestada pelos Diabéticos ao longo da formação e após as respostas apresentadas pelos diabéticos no questionário formulado no final das sessões.

5. Selecção de estratégias e ensino/ aprendizagem

O método utilizado será o expositivo/participativo através de apresentação de diapositivos (programa informático PowerPoint) e demonstrativo através da visualização de máquinas de glicemia capilar, da demonstração sobre o seu funcionamento correcto e da demonstração de uma punção capilar e dos cuidados a ter.

6. Organização das Actividades

No início do curso para os diabéticos foi pedido á Câmara Municipal de Custóias a colaboração no projecto com um local onde pudessem decorrer as sessões. Foi-nos disponibilizado um salão para o efeito. Tivemos de adaptar os dias do curso com a disponibilidade da instituição.

Irão ser efectuadas em Dezembro três acções de formação:

- Dia 07-12-2010 – Sessão sobre Monitorização de Glicemia Capilar (Teórica)
- Dia 14-12-2010 – Sessão sobre Monitorização de Glicemia Capilar (Prática)
- Dia 21-12-2010 – Lanche de Natal (com Monitorização da Glicemia Capilar antes e após o lanche.)

7. Plano das Acções de Formação

Formador: Ana Teresa Nogueira	Grupo Destinatário: Diabéticos Tipo 2
Tema: Monitorização de Glicemia Capilar	Local: Junta de Freguesia de Custóias
Duração: 60 minutos	Data: 07-12-2010 e 14-12-2010
	Hora: 16:00

Objectivos

Pretende-se que os diabéticos tipo2 sejam capazes de:

- Compreender o processo de monitorização da glicemia capilar;
- Enumerar as etapas que constituem a monitorização de glicemia capilar;
- Sensibilizar outros Diabéticos para a prática correcta da punção capilar;
- Identificar as alterações de valor de glicemia capilar (hipoglicemia e hiperglicemia);
- Identificar as complicações de uma hipoglicemia e hiperglicemia;
- Referir sobre procedimentos incorrectos no manuseamento das máquinas de glicemia capilar e suas implicações.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AValiação
Introdução	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal e do tema; • Definição de objectivos; • Apresentação de conteúdos; • Metodologia; • Introdução ao tema. 	Método expositivo/ participativo	Questionário de conhecimentos
Desenvolvimento	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Definição e tipos de diabetes; • Definição e complicações de hipo e hiperglicemia; • Definições dos componentes inerentes à pesquisa de glicemia capilar; • Demonstração de execução de punção capilar; • Importância da vigilância da glicemia capilar. 	Método expositivo/ participativo	Questionário de conhecimentos
Conclusão	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão do tema; • Síntese do conteúdo da acção de formação; • Esclarecimento de dúvidas. 	Método expositivo/ participativo	Questionário de conhecimentos

8. Selecção de Estratégias de Avaliação

A avaliação será efectuada através de indicadores de actividade e de resultado traçados e pelas metas estabelecidas, com a utilização de um questionário de conhecimentos e outro de satisfação.

Indicadores de actividade

Os indicadores traçados procuram avaliar a adesão dos Diabéticos ao projecto. Estes foram:

Indicador de participação:

Nº de diabéticos que participa em todas as actividades do Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos contactados para o Projecto

Indicador de satisfação:

Nº de diabéticos que demonstram satisfação com o Projecto x ¹⁰ⁿ

Nº total de diabéticos que respondem ao questionário de satisfação

Indicadores de resultado

Indicador de conhecimento

Nº de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a temática vigilância da glicemia capilar x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Indicador de valor de glicemia capilar

Nº de diabéticos que reconhecem os valores normais de glicemia capilar x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Indicador de punção

Nº de diabéticos que realiza a punção capilar e interpreta os valores de forma correcta x ¹⁰ⁿ

Nº de diabéticos que participa no Projecto

Os objectivos operacionais/ metas traçados foram:

- Que 50% dos diabéticos demonstrem ter conhecimentos suficientes sobre a temática que possibilitem a sua autonomia e tomada de decisão;
- Que 50% dos diabéticos demonstrem conhecimentos sobre valores normais de glicemia capilar que possibilitem o reconhecimento de hipo e hiperglicemia e a sua respectiva actuação;
- Que 50% dos diabéticos consiga realizar a punção capilar e interprete os valores de forma correcta;
- Que 30% dos diabéticos demonstrem adesão a todas as actividades inerentes ao projecto.