



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: RUMO À ESPECIALIZAÇÃO

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

Jóni André Borges Madureira

Porto, Abril, 2010



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: RUMO À ESPECIALIZAÇÃO

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

Jóni André Borges Madureira

Sob orientação de: Professora Norminda Magalhães

Porto, Abril, 2010

Decidi dedicar esta etapa da minha vida às adversidades,
a principal fonte de motivação para as ultrapassar ...

RESUMO

Este Relatório plasma o desenvolvimento do Estágio na área de especialização em Enfermagem Comunitária e as competências adquiridas neste percurso. Contemplou três módulos (I, II e III) que decorreram nos períodos entre 20 de Abril e 20 de Junho de 2009, 6 de Outubro e 27 de Novembro de 2009 e 2 de Dezembro e 31 de Janeiro de 2010, respectivamente, no Centro de Saúde Vila Real I.

Na sequência do Módulo I, elaborou-se um diagnóstico de saúde relativo à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes. Delinearam-se prioridades, surgindo como área de intervenção a autovigilância do pé nas pessoas com diabetes tipo 2. No segundo módulo, foi desenhado um projecto de intervenção (Pés + Cuidados: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2, que procurou a capacitação do utente diabético para o desenvolvimento de habilidades e competências ao nível da autovigilância do pé), executado e avaliado e implementada a I Feira da Diabetes.

Relativamente ao Módulo III, procurei perceber de que modo a Equipa de Cuidados Continuados Integrados se articula com as restantes unidades funcionais, a organização e dinâmicas da equipa ao nível da gestão e prestação de cuidados. Face aos problemas percepcionados pela Equipa, foi realizado um Workshop subordinado ao tema: “ECCI, que desafios?”.

Concluindo, este Estágio foi rico do ponto de vista da diversidade de experiências que proporcionou a aquisição de competências especializadas em Enfermagem Comunitária.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Autovigilância do pé diabético, Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

ABSTRACT

Report show the development stage in the area of specialization in community nursing and skills acquired in this way. Included three modules (I, II and III) that took place in between April 20 and June 20, 2009, 6 October and 27 November 2009 and December 2 to January 31, 2010, respectively at Vila Real I Health Care Center.

Following the module I was elaborated a diagnosis of health on Adherence/ Management of the therapeutic regimen and the Diabetes Self-monitoring. Were outlined priorities, emerging as a target area the foot self-monitoring in people with type 2 diabetes. In the second module, was designed an intervention project (+ Foot Care: Educational Project for People with Diabetes Type 2, which sought to train the diabetic people to develop skills and competencies at the level of self-monitoring of foot), executed and evaluated and was implemented the First Diabetes Fair.

With regard to Module III, tried to see how the ECCI unit was articulated with other functional units, the organization and dynamics of the team in the management and care. Given the problems perceived by the Team was held a workshop entitled: "ECCI, which challenges?".

In conclusion, this stage was rich in terms of the diversity of experiences that provided skills and expertise in community nursing.

Keywords: Community Nursing, Self-monitoring of diabetic foot, Team Integrated Continuous Care.

AGRADECIMENTOS

Sem grande hesitação, decidi iniciar o agradecimento pela Vanessa, uma colega de profissão, de trabalho e uma parceira no Curso de Pós-Especialização, por tudo o que isto significou para nós, por conseguirmos dobrar em conjunto as tormentas...

Aos Enfermeiros do Centro de Saúde Vila Real I, em especial atenção à Enfermeira Chefe, Enfermeira Ana Ribeiro e Enfermeira Tutora Dulce Martins, que em muito contribuíram para o rumo deste documento, assim como para a motivação com que um aluno deve “abraçar” a comunidade...

À Enfermeira Laurentina Santa (uma grande perita da Enfermagem Comunitária), por colaborar comigo em algumas actividades e pela perspectiva vanguardista da Enfermagem Comunitária que me transmitiu...

Aos meus Pais, que me incentivaram ao longo do meu percurso...

À minha irmã, pela minha ausência na sua etapa de vida...

Finalmente, aos Bombeiros de Santa Marta de Penaguião, pelos períodos de absentismo ao dever de um soldado da Paz...

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde
ADO - Antidiabéticos Orais
APDP- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
ATB - Alto Tâmega e Barroso
cm - centímetros
CS - Centro de Saúde
CSVRI - Centro de Saúde de Vila Real I
DGS - Direcção Geral da Saúde
dl - decilitros
EASD - European Association for the study of Diabetes
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL - Equipa Coordenadora Local
EGA - Equipa de Gestão de Altas
EPS - Educação para a Saúde
FINDRISK - Finish Diabetes Risk Score
IDF - Internacional Diabetes Federation
IMC - Índice de Massa Corporal
Kg - Quilograma
mg - miligramas
mmHg - milímetros de mercúrio
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA - Perímetro Abdominal
PNPCD - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetes
SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TA - Tensão Arterial
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF - Unidades de Saúde Familiares
UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: RUMO À ESPECIALIZAÇÃO	21
1.1. Prevenção da Diabetes	21
1.1.1. Projecto Pés+Cuidados: <i>Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2</i>	31
1.1.2. I Feira da Diabetes	41
1.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados/Equipa Coordenadora Local	44
1.3. Equipa Cuidados Continuados Integrados	46
1.3.1. Workshop: ECCI que desafios?	49
1.3.2. Carta de Qualidade da ECCI	51
1.4. Gripe A: A Pandemia do novo século	52
2. CONCLUSÃO	55
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
Anexo I. Formulário do Diagnóstico de Saúde	59
Anexo II. Pés+Cuidados: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2	69
Anexo III. À Descoberta da Diabetes	109
Anexo IV. Sessão 1 “ Vamos Começar”	117
Anexo V. Sessão 4 “ Pensar os Alimentos”	125
Anexo VI. Sessão 5 “ Pé Diabético”	133
Anexo VII. Sessão 6 “ Como Cuidar os Pés”	141
Anexo VIII. Instrumento de Avaliação das Sessões	149
Anexo IX. Projecto PÉS+Cuidados: Avaliação das Sessões	153
Anexo X. Panfleto “I Feira da Diabetes”	157

Anexo XI. <i>Score</i> de Risco FINDRISK	161
Anexo XII. Exame Clínico de Rastreio do Pé	165
Anexo XIII. Plano da “I Feira da Diabetes”	169
Anexo XIV. Carta de Qualidade da ECCI Vila Real.....	175
Anexo XV. Poster Gripe A	187

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição da classificação da diabetes em função do sexo	24
Quadro 2. Caracterização dos inquiridos relativamente a hábitos alimentares	25
Quadro 3. Distribuição dos inquiridos relativamente à prática de exercício físico	26
Quadro 4. Caracterização dos inquiridos relativamente ao regime medicamentoso	27
Quadro 5. Distribuição dos inquiridos por comportamentos de autovigilância do pé	29
Quadro 6. Distribuição dos inquiridos relativamente ao exame do pé.....	30
Quadro 7. Valores médios de TA e glicemia capilar ocasional dos participantes.....	37
Quadro 8. Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC	38
Quadro 9. Síntese da Análise SWOT	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Circuito de ingresso na ECCI.....	45
Figura 2. Dinâmica do Post-It	51

INTRODUÇÃO

No desenvolvimento do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde - Porto, e sob a orientação da Professora Norminda Magalhães, foi elaborado o presente documento escrito, que pretende descrever as actividades realizadas e competências adquiridas no decorrer do Estágio.

Tendo em conta que as competências dos Enfermeiros Especialistas em diferentes áreas de especialização se encontram em definição pela Ordem dos Enfermeiros (2009), foram consideradas as competências elencadas no Guia Orientador de Estágio, operacionalizadas na prática através da elaboração de um projecto pessoal. No enquadramento conceptual da Enfermagem Comunitária assume relevância o tema “empoderamento comunitário”, visando a obtenção de ganhos em saúde e o exercício da cidadania, respondendo às necessidades de saúde das populações. O conhecimento mais profundo do contexto onde as populações vivem, dos seus recursos, da forma com se organizam, da cultura, religião, entre outros, bem como os fundamentos que orientam o planeamento em saúde, permitiu programar actividades direccionadas a grupos alvos com muito maior probabilidade de êxito e concomitantemente uma melhor gestão dos recursos humanos e materiais.

A escolha do campo de estágio recaiu no Centro de Saúde Vila Real I (CSVRI) pelo facto de desenvolver a minha actividade profissional nessa instituição e, como tal, vir a constituir uma mais valia para a melhoria da qualidade de cuidados prestados à população e continuidade do projecto iniciado no Estágio.

Neste sentido, o Estágio desenvolveu-se em três Módulos, no período entre 20 de Abril e 31 de Janeiro de 2010, no CSVRI, totalizando 750 horas, das quais 540 horas foram de contacto, sendo as restantes (210 horas) para trabalho individual do aluno.

O Módulo I – Diagnóstico de Saúde da Comunidade, realizado entre os dias 20 de Abril e 20 de Junho de 2009;

O Módulo II – Projecto de intervenção e avaliação de acordo com as necessidades detectadas, com os objectivos de implementar projectos de intervenção comunitária aos três níveis de prevenção de acordo com as necessidades detectadas, realizado entre os dias 6 de Outubro e 29 de Novembro de 2009;

O Módulo III – Opcional, desenvolveu-se em contexto a definir decorrente das opções registadas, realizado entre os dias 02 de Dezembro de 2009 e 31 de Janeiro de 2010.

Numa descrição sumária, com o Módulo I pretendia-se produzir o diagnóstico de saúde cuja temática recaiu sobre alguns dos fenómenos de enfermagem que têm sido alvo de reflexão nas práticas de cuidados, a saber: a Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, tendo como população alvo os utentes inscritos no CSV R I, no Programa de Saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Do total de 1140 utentes (em Junho de 2009), seleccionámos uma amostra de 204 utentes, que representa 17,9% da população de diabéticos inscritos em programa, sendo que a colheita de dados ocorreu em diferentes espaços (Centro de Saúde, Visitação Domiciliária e Unidade Móvel de Saúde). A opção pela realização do Diagnóstico de Saúde no âmbito da Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes decorre da necessidade, percebida pelas Enfermeiras Chefe e Tutora do Estágio, de um conhecimento mais aprofundado, rigoroso e sistematizado da população diabética inscrita neste Centro de Saúde (CS), como também do problema de saúde que esta doença representa, como uma das principais causas de morbilidade crónica e perda de qualidade de vida e com uma tendência para um aumento da sua incidência nas próximas décadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), constitui a quarta principal causa de mortalidade na maioria dos países desenvolvidos, e se nada for feito na próxima década ocorrerá um aumento do índice de mortalidade de 25 %.

Tendo por base o Diagnóstico de Saúde efectuado e as áreas de conhecimento em maior défice por parte dos utentes diabéticos, nomeadamente a Autovigilância do Pé, formulou-se um projecto de intervenção “Pés+Cuidados”, dando corpo ao objectivo do Módulo II que, em parceria com o Projecto “P’ró Activo”, visava a sensibilização da população diabética para a adesão a comportamentos de saúde. Ao longo do desenvolvimento deste Módulo, foram desenvolvidas outras actividades para além daquelas que estavam preconizadas no projecto, possibilitando a aquisição,

aprofundamento e consolidação de competências na área da Enfermagem Comunitária, entre as quais se destaca a realização da I Feira da Diabetes.

Ainda no Curso de Mestrado se insere o Módulo III - Estágio Opcional, subordinado à temática “*Equipa de Cuidados Continuados Integrados: uma nova realidade*”, e que desta forma pretende dar consistência ao projecto profissional relacionado com a nova lógica organizacional da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente a implementação, organização e dinamização da Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O presente documento, para além de servir como um instrumento de avaliação, procura descrever e analisar as actividades desenvolvidas no âmbito do estágio (Módulo I, Módulo II e Módulo III) de forma crítica, reflexiva e fundamentada e apreciar globalmente o estágio.

Como recursos, utilizarei a pesquisa bibliográfica efectuada ao longo do estágio e que deu suporte às diferentes actividades; os portfolios realizados em cada módulo de estágio, que me permitiram desenvolver um pensamento crítico-reflexivo das actividades realizadas, assim como as anotações e considerações que obtive com a Enfermeira Chefe do CSVRI, Enfermeira Orientadora, Professora Orientadora e Enfermeira Supervisora (Agrupamento dos Centros de Saúde [ACES] Alto Tâmega e Barroso [ATB]), que em muito contribuíram para a reflexão sobre o desenvolvimento das diferentes actividades integradas no Estágio I, II e III, para a elaboração do presente documento e para uma visão da Enfermagem num contexto profissional marcado pela excelência Sócio-educativa dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária.

Na elaboração deste documento prevejo algumas dificuldades, nomeadamente no que concerne à organização e sistematização das actividades, num percurso que ligou intrinsecamente o domínio profissional e académico e, como tal, profundamente enriquecedor.

1. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: RUMO À ESPECIALIZAÇÃO

Neste capítulo, serão descritas de forma fundamentada, crítica e reflexiva, as actividades desenvolvidas ao longo dos Módulos I, II e III, que decorreram entre os dias 20 de Abril e 20 de Junho de 2009, 6 de Outubro e 27 de Novembro de 2009 e 2 de Dezembro de 2009 a 31 de Janeiro de 2010, respectivamente com vista à obtenção de conhecimentos e competências especializadas no âmbito da enfermagem comunitária.

No documento “Guia Orientador de Estágio”, estava preconizado para o Módulo I, a produção de um diagnóstico de saúde, para o Módulo II, a intervenção de acordo com as necessidades identificadas e prioridades definidas, e para o Módulo III, a concretização de um projecto de cariz opcional.

1.1. Prevenção da Diabetes

O local de estágio foi partilhado com uma colega do Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Comunitária, a Enfermeira Vanessa Monteiro. Atendendo ao facto do Módulo I corresponder à realização de um diagnóstico de saúde, a Enfermeira Chefe do CSVRI e a Tutora do Estágio lançaram-nos o desafio de trabalhar a temática da Diabetes, que apesar de ser bastante pertinente no contexto Comunitário, se apresentava como uma incógnita na realidade do CS. Face ao desconhecimento absoluto no que toca aos fenómenos da Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes nos utentes, foi-nos solicitado a realização de um diagnóstico de saúde rigoroso, abrangente, pormenorizado e representativo da realidade do CS, cuja viabilidade foi possível pelo recurso ao SAPE e pela elaboração de um formulário (*Anexo I*) que permitisse obter a informação desejada.

Se, inicialmente, a desorientação foi muita, da reflexão com a enfermeira tutora rapidamente emergiu o rumo para a realização do diagnóstico de saúde, com recurso a diversas fontes de referência, quer nacionais quer internacionais.

Diversas instituições dedicam-se ao estudo desta problemática de saúde, e em termos internacionais, é de mencionar a OMS, a European Association for the Study of Diabetes (EASD) e o International Diabetes Federation (IDF), evidenciando a preocupação com a magnitude atingida por esta epidemia mundial. Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) e a Associação Protectora dos Diabéticos Portugal (APDP), como instituições de relevo na condução das políticas de promoção, prevenção e tratamento da diabetes.

Face à dimensão epidemiológica que tem vindo a assumir, e a este propósito os resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006), promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Instituto Nacional de Estatística e a SPD, que apontam para que 6,5% da população Portuguesa seja diabética, está em curso um conjunto de medidas na área da prevenção da diabetes e das suas complicações. Em Portugal, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) ilustra estas preocupações, preconizando intervenções aos três níveis de prevenção: a prevenção primária, com vista à redução dos factores de risco, sobretudo nos factores de risco vulneráveis da etiologia da doença; a prevenção secundária, visando o diagnóstico precoce e o tratamento adequado; e a prevenção terciária, cujo objectivo é reduzir a prevalência da diabetes, as complicações major, a morbilidade e mortalidade, bem como proporcionar uma gestão de forma integrada (DGS, 2007).

De uma forma breve, a Diabetes *Mellitus* caracteriza-se por um quadro de patologias metabólicas marcado por hiperglicemia (taxa elevada de açúcar no sangue), decorrente de deficiente secreção, acção da insulina ou ambas.

A incidência e prevalência da diabetes apresentam variações nas diferentes partes do mundo, com um crescimento gradual, com maior prevalência no grupo etário acima dos 45 anos (DGS, 2007).

Em Portugal, segundo um estudo realizado recentemente, a prevalência da diabetes na população foi de 11,7%, a amostra deste estudo contemplou pessoas com diagnóstico prévio de diabetes e pessoas com diabetes não diagnosticada, sendo relevante referir que a prevalência era maior nos homens (14,2%) do que nas mulheres (9,5%). Deste estudo, podemos salientar a existência de 905.035 pessoas diabéticas com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Constatou-se um aumento significativo da

prevalência com a idade, nomeadamente de 2,4% entre os 20 e os 39 anos, 12,6% entre os 40 e os 59 anos e de 26,3% entre os 60 e os 79 anos. De salientar, que 2.687.698 portugueses, mais de um quarto da população, padecem de diabetes ou de pré diabetes. (DGS, 2009).

Trata-se de um problema de saúde pública de elevada importância e gravidade que afecta de um modo significativo não só a qualidade de vida do diabético mas também dos próprios familiares com importantes implicações sociais e económicas, pois “*os custos e sofrimentos pessoais relacionados com a presença de complicações tardias da diabetes traduzem na sua forma final (...) não tem preço e nem podem ser quantificados*” (Duarte *et al.*, 2002, p. 43).

Importa referir que não existem dados disponíveis relativamente à incidência e prevalência da diabetes no Aceso Douro I: Marão e Douro Norte (ARS, Norte, 2009).

A DGS (2002), define quatro tipos clínicos de Diabetes *Mellitus*, com diferentes etiologias, nomeadamente Tipo 1, Tipo 2, Diabetes Gestacional e outros tipos específicos, sendo a maior parte dos casos de diabetes tipo 1 ou tipo 2.

A diabetes tipo 1, anteriormente designada por diabetes insulino dependente, decorre da destruição auto-imune das células beta pancreáticas, relacionada com uma predisposição genética múltipla e factores ambientais pouco esclarecidos. Atinge cerca de 5% a 10% da população diabética e manifesta-se essencialmente em crianças e jovens, podendo também ocorrer em adultos ou idosos.

A diabetes tipo 2, ou diabetes não insulino dependente, é a mais vulgar, atingindo 90% a 95% de todos os casos de diabetes e acomete pessoas que têm resistência à insulina. Segundo Duarte *et al.* (2002), a Diabetes Tipo 2 corresponde a 90% dos casos de diabetes, sendo cerca de 70 a 80 % dos doentes obesos com a idade de diagnóstico a estabelecer-se habitualmente a partir dos 45 anos. Verifica-se um aumento da incidência entre jovens com obesidade.

A cronicidade e morbilidade elevadas, associada à diabetes, acarretam um grande investimento em cuidados de saúde, pois podem surgir complicações em vários órgãos, tais como:

- Complicações microvasculares (lesões dos pequenos vasos sanguíneos): a retinopatia, nefropatia e neuropatia;
- Complicações macrovasculares (lesões dos grandes vasos sanguíneos): doença coronária, cerebral, dos membros inferiores e hipertensão arterial;
- Complicações neuro, macro e microvasculares: pé diabético;
- Outras complicações: disfunção sexual e infecções.

O tratamento da diabetes implica uma abordagem multifactorial e integrada, para evitar ou retardar complicações agudas e tardias e permitir o bem-estar à pessoa com diabetes e sua família. Um dos objectivos no tratamento da diabetes é a manutenção dos níveis de glicemia dentro dos valores desejados, de modo a prevenir a descompensação aguda (hipoglicemia, cetoacidose), evitando ou minimizando os riscos de complicações tardias.

De uma forma sucinta, salientamos os resultados obtidos através da aplicação de um formulário (*Anexo I*), decorrentes do diagnóstico de situação, numa população constituída pelos utentes inscritos no programa de Saúde “Grupo de Risco: Diabetes”, no SAPE do CSVRI. Dado que o número de diabéticos inscritos era consideravelmente elevado (1.140), houve necessidade de se proceder à definição de uma amostra. Optámos por uma amostra por conveniência, justificada pelo tempo para a realização deste diagnóstico de saúde, obtendo-se uma amostra de 204 utentes, que representam 17,9% dos diabéticos inscritos em programa, tendo a colheita de dados ocorrido no centro de saúde, na visitação domiciliária e na unidade móvel de saúde.

Quanto à classificação da diabetes, 24 (11,8%) utentes apresentavam diabetes tipo 1, sendo 8 (33,3%) do sexo masculino e 16 (66,6%) do sexo feminino, 180 (88,2%) apresentavam diabetes tipo 2, sendo 76 (42,2%) do sexo masculino e 104 (57,8%) do sexo feminino, sendo a percentagem de diabetes tipo 1 e 2 superior nas mulheres.

Quadro 1. Distribuição da classificação da diabetes em função do sexo

Sexo		Masculino (84)		Feminino (120)		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diabetes	Tipo 1	8	33,3	16	66,6	24	11,8
	Tipo 2	76	42,2	104	57,8	180	88,2

No que concerne à Adesão/Gestão ao Regime Terapêutico, serão mais explanados os aspectos relativos à alimentação, exercício físico e regime medicamentoso.

No que concerne a hábitos alimentares, denota-se que o valor médio para o número de refeições era de 4,65, com um desvio padrão de 1,09, sendo a moda 4 refeições, com 61 (29,9%) diabéticos a darem esta resposta. O número de refeições indicado para uma pessoa diabética é de 6-7 refeições diárias (APDP, 2001), pelo que 53 (26%) elementos cumpriam as 6 refeições e apenas 3 (1,5%) cumpriam as 7 refeições.

Quadro 2. Caracterização dos inquiridos relativamente a hábitos alimentares

Hábitos alimentares		Nº	%
Nº de refeições por dia	2	1	0,5
	3	33	16,2
	4	61	29,9
	5	53	26
	6	53	26
	7	3	1,5
Sopa no início do almoço/jantar	Sim	97	47,5
	Não	107	52,5
Jejum nocturno superiora 8/9 horas	Sim	162	79,4
	Não	42	20,6
Consumo semanal de peixe	0	16	7,8
	1-2	110	53,9
	3-4	60	29,4
	≥5	18	8,8
Consumo diário de fruta	0	6	2,9
	1-3	170	83,3
	4-5	21	10,3
	≥5	7	3,4

O intervalo de horas entre as refeições era de 3,52 em média, com um desvio padrão de 0,97 horas, com moda e mediana de 3 horas, que vai de encontro às recomendações da APDP (2001). Na amostra, 100 (49%) pessoas referiram um intervalo entre as refeições de 3 horas, 55 (27%) de 4 horas e 28 (13,7%) estavam 5 horas sem procederem à

ingestão de alimentos. O jejum nocturno era superior a 8-9 horas em 162 (79,4%) participantes, prática considerada inadequada (APDP, 2001).

Quanto à ingestão de sopa no início do almoço ou jantar, foi referido por 97 (47,5%) participantes, a maior parte (110 - 53,9%) afirmou consumir peixe 1 a 2 vezes por semana e 16 (7,8%) diabéticos referiram nunca comer peixe. Relativamente à ingestão de fruta, 170 (83,3%) pessoas disseram ingerir 1-3 peças de fruta por dia e 6 (2,9%) pessoas nunca comem fruta. Assim sendo, a maioria dos diabéticos da amostra ingere a quantidade aconselhada de fruta (2-3 peças por dia). Dos que referiram ingerir fruta, 107 (54%) cumpriam a recomendação de acompanhar sempre a fruta com hidratos de carbono de absorção lenta (1/4 de pão escuro, bolacha integral, bolacha Maria, etc.).

Uma grande percentagem (135 - 66,2%) não pratica exercício físico e de entre as razões apontadas para a não adesão, destacam-se: a percepção do estado de saúde como “*falta de saúde*” manifestada por 65 (48,1%) dos inquiridos, o desconforto e cansaço, verbalizados por 23 (17%), e a falta de tempo referida por 20 (14,8%) inquiridos.

Quadro 3. Distribuição dos inquiridos relativamente à prática de exercício físico

Exercício Físico	Nº	%
Sim	69	33,8
Não	135	66,2

No que respeita ao regime medicamentoso, 146 (81,1%) tomavam Anti-Diabéticos Orais (ADO), 24 (13,3%) administravam insulina e 10 (5,6%) combinavam ADO com insulina.

De entre todos os que administravam insulina, 9 (26,5%) tinham dificuldades, sendo as mais mencionadas: a verificação do fluxo de insulina, a gestão do esquema insulínico, a insegurança na administração, contagem das unidades de insulina, conservação e escolha do local de administração.

Dos utentes que faziam ADO, 10 (6,4%) verbalizaram dificuldades, designadamente no horário de administração, na memorização do esquema terapêutico, na deglutição da medicação, na continuidade do tratamento e na gestão da medicação.

Quadro 4. Caracterização dos inquiridos relativamente ao regime medicamentoso

Regime medicamentoso		Nº	%
Sim		180	88,2
Não		24	11,8
ADO		146	81,1
Insulina		24	13,3
ADO+Insulina		10	5,6
Esquecimento da toma da medicação (dias por semana)	1-2	42	91,3
	3-4	3	6,5
	>4	1	2,2

Dos 180 diabéticos com regime medicamentoso, 46 (25,6%) referiram esquecimento na toma da medicação, sendo que este comportamento era mais frequente 1 a 2 vezes por semana (42 - 91,3%), e a maior parte (29 - 63%) consideraram que interfere com a doença.

A autovigilância na diabetes constitui uma importante dimensão na gestão da diabetes, com os resultados a evidenciarem que ainda em 54 (27,3%) casos, a vigilância da glicemia capilar é executada apenas pelo técnico de saúde. Quando questionados sobre os motivos para não realizarem a autovigilância da glicemia, ressaltam: a falta de glucómetro (14 respostas), dificuldade na leitura do valor (12 respostas), dificuldade no saber-fazer (9 respostas), insegurança na realização da técnica (9 respostas).

Nos casos em que a vigilância é feita pelo próprio e/ou prestador de cuidados informal, em 144 situações, o valor médio de pesquisas de glicemia semanal foi de 5 vezes, com a moda de 1 vez por semana, para 36 (25%) diabéticos, seguido de 7 vezes por semana, para 29 (20,1%) diabéticos, variando o número de vezes máximo e mínimo entre 1 e 35 vezes. De notar que prestadores de cuidados e diabéticos expressaram dúvidas e dificuldades na vigilância da glicemia capilar, nomeadamente na codificação do glucómetro, na leitura dos valores, nos registos das glicemias, e receios e medos quanto à execução da técnica, resultados da pesquisa e substituição da agulha. Face aos dados, 98 (68,1%) pessoas cumpriam as recomendações de proceder às pesquisas de glicemia a diferentes horas do dia, e relativamente aos valores de glicemia em jejum aconselhados, 68 (47,2%) inquiridos responderam ter conhecimento, mas destes apenas 43 (63,2%) identificavam o valor adequado.

É de sublinhar que 6 (2,9%) diabéticos não vigiavam a glicemia capilar, apontando diversas razões, como: ninguém o ensinou, insegurança, medo da picada e falta de interesse.

Da análise dos dados relativos à autovigilância do pé, 113 (55,4%) participantes referiram ter este cuidado, com uma média de vigilância semanal de 4,9 vezes, 59 (52,2%) referiram fazer autovigilância do pé 7 vezes por semana, 21 (18,6%) referiram 3 vezes por semana, e apenas 15 (13,3%) participantes referiram fazer uma vez por semana a autovigilância do pé. Dos comportamentos adequados de autovigilância do pé, destacamos que: 114 (55,9%) participantes inspecionavam diariamente os pés; 162 (79,4%) lavavam regularmente os pés e secavam cuidadosamente, especialmente entre os dedos; 188 (92,2%) não andavam descalços; 141 (69,1%) tinham um comportamento adequado, no sentido em que não calçavam sapatos sem meias; 191 (93,6%) apresentavam comportamentos adequados ao não usarem calçadas; e 133 (65,2%) participantes referiram comportamentos adequados ao mudarem diariamente as meias.

No entanto, 91 (44,6%) dos inquiridos responderam que não procediam à autovigilância do pé, tendo verbalizado alguns motivos e dificuldades: não sabem avaliar, ninguém os alertou, falta de tempo, não consideram importante, necessitam de ajuda que não têm, falta de motivação, doença silenciosa.

No que toca aos comportamentos inadequados, podemos salientar que 116 (56,9%) participantes não verificavam a temperatura da água antes dos cuidados de higiene; 171 (83,8 %) referiram aplicar óleo ou lubrificantes entre os dedos; 123 (60,3%) afirmaram não colocar creme nos pés; 158 (77,5%) verbalizaram não utilizar meias com a costura para fora ou sem costura; 159 (77,9%) disseram não usar meias de cor clara; 135 (66,2%) assumiram não cortar as unhas a direito; 169 referiram não limar as unhas com lima de cartão; e 110 (53,9%) participantes afirmaram não inspecionar o interior dos sapatos antes de os calçar.

Quadro 5. Distribuição dos inquiridos por comportamentos de autovigilância do pé

Comportamentos de autovigilância do pé	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Inspecciona diariamente os pés, incluindo a área entre os dedos ou caso não consiga fazê-lo tem alguém que o faça	11 4	55,9	90	44,1
Lava regularmente os pés e seca-os cuidadosamente, especialmente entre os dedos	16 2	79,4	42	20,6
Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene	88	43,1	116	56,9
Anda descalço	16	7,8	188	92,2
Calça sapatos sem meias	63	30,9	141	69,1
Utiliza calçadas	13	6,4	191	93,6
Aplica óleo ou lubrificantes entre os dedos	33	16,2	171	83,8
Aplica creme nos pés	81	39,7	123	60,3
Muda diariamente as meias	13 3	65,2	71	34,8
Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura	46	22,5	158	77,5
Utiliza meias de cor clara	45	22,1	159	77,9
Corta as unhas a direito	69	33,8	135	66,2
Lima as unhas com lima de cartão	35	17,2	169	82,8
Inspecciona o interior dos sapatos antes de os calçar	94	45,1	110	53,9
Exame regular do pé por um profissional de saúde	44	21,6	160	78,4

Da análise dos dados, ressalta que 160 (78,4%) participantes referiram que o pé não era examinado regularmente por um profissional de saúde.

Não foi possível determinar o Índice de Massa Corporal (IMC) a todos os diabéticos da amostra, visto que alguns eram dependentes, foram inquiridos em contexto domiciliário, não sendo, por isso, tecnicamente possível avaliar o peso. Neste sentido, foi determinado o IMC a 186 (91,2%) participantes diabéticos, dos quais 73 (39,2%) eram pré-obesos, associado a um risco de comorbilidade aumentado; 70 (37,6) apresentavam Obesidade Classe I, com um risco de comorbilidade moderado; 21 (11,3%) tinham Obesidade Classe II relacionada com um risco de comorbilidade grave; e 10 (5,4%) diabéticos incluíam-se na Obesidade Classe III, com um risco de comorbilidade muito grave. Da avaliação do perímetro abdominal (PA), cujo valor médio se situa em 101,31 cm, a maior parte dos utentes (74%) encontrava-se em risco muito aumentado de complicações metabólicas. As mulheres, na sua maioria (87,5%), apresentavam um risco muito aumentado, enquanto que os homens repartiam-se entre o risco muito aumentado (54,7%) e o risco aumentado (29,8%).

Do exame do pé ressalta que: a maioria dos diabéticos (139 - 68,1%) apresentava calçado adequado; apresentavam deformidades ou proeminências ósseas 75 (36,8%); o pulso pedioso encontrava-se presente e normal em 141 (69,1%) diabéticos, presente e diminuído em 65 (27%) e ausente em 8 (3,9%) diabéticos; sensibilidade táctil fina conservada em 151 (74%) diabéticos, diminuída em 33 (16,2%) e ausente em 20 (9,8%) diabéticos. A temperatura do pé estava normal em 180 (88,2%) diabéticos, aumentada em 4 (2%) e diminuída em 20 (9,8%) diabéticos; a coloração do pé encontrava-se normal em 164 (80,4%) diabéticos e alterada em 40 (19,6%); relativamente à presença de queratoses, verificou-se esta situação em 114 (55,9%) diabéticos; no que toca à presença de micoses, constatou-se em 139 (68,1%) diabéticos; 37 (18,1%) apresentavam perda de mobilidade articular; 20 (9,8%) referiram úlcera anterior; apenas 5 (2,5%) diabéticos referiram ter sido alvo de amputação.

Quadro 6. Distribuição dos inquiridos relativamente ao exame do pé

		Nº	%
Calçado inadequado	Sim	65	31,9
	Não	139	68,1
Deformação ou proeminência óssea	Sim	75	36,8
	Não	129	63,2
Pulso pedioso	Presente e Normal	141	69,1
	Presente e Diminuído	55	27,0
	Ausente	8	3,9
Sensibilidade Táctil Fina	Conservada	151	74,0
	Diminuída	33	16,2
	Ausente	20	9,8
Temperatura do pé	Normal	180	88,2
	Aumentada	4	2
	Diminuída	20	9,8
Coloração	Normal	164	80,4
	Alterada	40	19,6
Queratoses	Presentes	114	55,9
	Ausentes	90	44,1
Micoses	Presentes	139	68,1
	Ausentes	65	31,9
Perda da mobilidade articular	Sim	37	18,1
	Não	167	81,9
Úlcera anterior	Sim	20	9,8
	Não	184	90,2
Amputação	Sim	5	2,5
	Não	199	97,5

Os resultados obtidos vêm evidenciar a necessidade de se intervir com maior brevidade ao nível da autovigilância do pé, mais concretamente no apoio primário do diabético, que passa pelo *empowerment* e desenvolvimento da capacidade de identificação de situações e/ou acção profilática de complicações, através da autovigilância do pé. Como sublinha Serra (2008, p. 12), “...é incontornável que a quebra nas amputações depende da informação sobre profilaxia dada ao doente, da detecção do pé em risco e do controlo oportuno das suas complicações iniciais”. O objectivo final de qualquer cuidado com o pé diabético é a diminuição do número de amputações, permanecendo o doente activo, utilizando como principais recursos para este fim o exame do pé, como primeiro factor para reduzir as amputações, através de uma observação sistematizada para detecção de lesões de risco, e a educação do diabético, como o segundo ponto principal na profilaxia das complicações.

A contextualização efectuada fundamenta e ressalta a necessidade de implementação de um projecto de intervenção: “*Pés+Cuidados: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo 2*” (Anexo II), com os resultados obtidos no Diagnóstico de Situação, a indicarem que a autovigilância, nomeadamente a autovigilância do pé, é um comportamento que não se encontra enraizado na população (comportamento inadequado).

Numa perspectiva de sensibilização da população para este problema de saúde pública, procurou-se ainda, através da realização da I Feira da Diabetes, intervir aos diferentes níveis de prevenção, no seguimento dos objectivos preconizados no PNPC, através da realização de actividades, como: promoção de estilos de vida saudáveis, rastreio de factores de risco para a diabetes, rastreio do pé diabético, promoção de adesão ao regime terapêutico na diabetes, distribuição de materiais específicos para o autocuidado do pé e demonstração de material adaptativo para melhorar o conforto do diabético.

1.1.1. Projecto Pés+Cuidados: *Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo2*

Tendo em conta que os projectos de intervenção têm uma intencionalidade e decorrente dos resultados obtidos no Diagnóstico de Situação de Saúde, a temática escolhida foi: “*Pés+Cuidados: Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo2*”. Este tema

procurou transmitir a filosofia deste projecto, baseado na escolha informada, no desenvolvimento de habilidades e competências, destacando a importância da autovigilância do pé no quotidiano do utente diabético.

A população-alvo deste projecto foi os diabéticos tipo 2 inscritos no Programa de Saúde “Grupo de Risco: Diabéticos”, do SAPE, no CSVRI. A referenciação para a participação neste projecto foi feita pelo Enfermeiro e Médico de Família de acordo a avaliação clínica e com as necessidades específicas identificadas no âmbito da autovigilância do pé em parceria com o projecto P’ró Activo direccionado para o exercício físico.

Após uma análise cuidada por parte dos profissionais e depois de muitos contactos com os utentes do CS, o grupo foi constituído, por 11 utentes com diabetes tipo 2, que aceitaram participar no projecto de forma livre e voluntária. Foi solicitado aos elementos do grupo o consentimento informado relativo às participações nas sessões educativas, assim como autorização para o recurso à fotografia ao longo das sessões, por forma a documentar e a complementar o estágio que se estava a realizar.

O desenvolvimento deste projecto exigiu para a sua planificação e implementação a definição de objectivos gerais e específicos, que passo a apresentar:

Objectivos Gerais:

- Sensibilizar os diabéticos tipo 2 inscritos no CSVRI para a importância da autovigilância do pé no diabético;
- Promover a aquisição de conhecimentos ao nível da autovigilância do pé, no sentido de minimizar ou reduzir o aparecimento de complicações.

Objectivos Específicos:

- Reconhecer a importância da autovigilância do pé para as pessoas com diabetes;
- Adquirir conhecimentos sobre a autovigilância do pé;
- Ensinar, instruir e treinar a autovigilância do pé;

- Ensinar, instruir e treinar para o autocuidado do pé;
- Promover hábitos de autovigilância do pé;
- Conhecer o material podológico disponível para a autovigilância e o autocuidado do pé;
- Identificar as complicações do pé diabético.

Os objectivos operacionais/metapas possibilitam a gestão e monitorização realista do projecto, tendo sido definidas para um horizonte temporal de 06 de Outubro até 29 de Novembro de 2009:

- Que 50% dos diabéticos tipo 2 que participem no projecto adquiram conhecimentos sobre a autovigilância do pé;
- Que 50% dos diabéticos tipo 2 que participem no projecto demonstrem atitudes favoráveis à autovigilância e autocuidado do pé;
- Que 40% dos diabéticos demonstrem adesão a todas as actividades que integram o projecto.

Na execução de qualquer projecto está inerente o envolvimento, a colaboração e a participação de várias pessoas, constituindo o responsável do projecto (Jóni Madureira) um elemento essencial para o planeamento e coerência das actividades e consecução da logística necessária:

- Enfermeira a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária – Vanessa Monteiro (Projecto P'ró Activo);
- Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, do CSVRI – Dulce Martins.

Como recursos materiais pretende-se incluir:

- Projector multimédia;
- Computador portátil;

- Elaboração de cartazes e folhetos de informação e divulgação;
- Produção de diversos materiais didácticos relacionados com a autovigilância e autocuidado do pé.
- Espaço físico para o desenvolvimento as actividades planeadas;
- Disponibilização de lanches saudáveis para os participantes no final das sessões.

Para a implementação e execução do projecto, obtiveram-se patrocínios de diversas instituições, destacando-se: Centro de Saúde, Indústria Farmacêutica (Abbott, Acucheck e Laboratórios Pioledo), Águas do Marão e Indústria Alimentar (Lactogal).

O factor tempo foi o maior condicionante, dado o curto espaço de tempo de estágio (06 de Outubro a 29 de Novembro de 2009) para implementação do projecto e alcance dos objectivos preconizados.

Em articulação com a Enfermeira Vanessa Monteiro, delineámos algumas estratégias para ultrapassar os obstáculos, uma vez que o grupo operativo era comum aos dois projectos:

- Divulgação junto da equipa multidisciplinar dos resultados do diagnóstico de saúde;
- Apresentação do projecto de intervenção e seus objectivos, no sentido do envolvimento de todos os profissionais nas diferentes actividades (referenciação de utentes);
- Identificação e concretização de parcerias com estruturas da comunidade para a consecução do projecto;
- Promoção e divulgação das actividades através de cartazes e folhetos realizados para o efeito;
- Realização de contactos telefónicos regulares para agendamento das actividades (horário e data das sessões) de acordo com a conveniência de todos os participantes.

O Projecto Educativo para pessoas com diabetes tipo 2 “Pés+Cuidados” (*Anexo II*) foi realizado em estreita colaboração com a Enfermeira Vanessa Monteiro, que desenvolveu o projecto “P’ró Activo”, com a mesma população, e com um licenciado em Educação Física e Desporto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

No sentido de facilitar a compreensão global do projecto, que poderá ser mais documentada nos anexos, passo a apresentar uma descrição sumária das sessões que o integram:

Sessão Prévia ao Projecto

Destinada exclusivamente aos profissionais de saúde, esta sessão foi intitulada “*A Descoberta da Diabetes*” (*Anexo III*), teve por finalidade a apresentação do diagnóstico de saúde realizado no Módulo I, que consistiu na identificação das necessidades de saúde dos participantes no estudo, assim como a apresentação dos projectos a implementar no decurso do Módulo II, em estrita relação com as necessidades de saúde. Pretendia-se com esta actividade sensibilizar e motivar a equipa para a referência dos utentes para o projecto e criar um espaço de reflexão sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes, no CSVRI. A proximidade com a comemoração da efeméride “Dia Mundial da Alimentação” (16 de Outubro de 2009), levou-nos a planear a recriação desta actividade com a oferta de um lanche saudável (fruta variada, iogurtes, pão de mistura, água, chá, leite, bolacha Maria, bolacha de água e sal, entre outras) no final da sessão, aos profissionais do CS. Contudo, por conveniência de serviço a data foi alterada, pelo que a sessão teve lugar dia 22 de Outubro de 2009, imbuída do mesmo objectivo. Da avaliação releva-se a participação de 14 enfermeiros que mencionaram uma grande satisfação com a sessão, que correspondeu às expectativas e sublinharam a relevância e pertinência dos resultados do diagnóstico de saúde.

Criação de um Grupo Operativo

Na prática profissional dos enfermeiros de âmbito comunitário, é comum a dinamização de grupos em contextos variados na área da saúde. A criação de grupo operativo, metodologia desenvolvida por Pichón-Rivière (1998), é uma técnica de trabalho colectivo, cujo objectivo é promover um processo de aprendizagem alicerçado em

objectivos comuns dos membros do grupo e que predispõe para a realização de um trabalho ou tarefa comum, a fim de alcançá-los. Tendo em consideração que os grupos operativos possibilitam a partilha de experiências entre pessoas portadoras de doença crónica e facilitam a aquisição de competências e conhecimentos, optámos por uma abordagem grupal, constituindo-se um grupo operativo a partir da referenciação pela equipa de saúde, com base nos critérios de saúde para integração nos dois projectos.

Posteriormente, procedemos ao contacto telefónico para indagar a disponibilidade para integrar o grupo e agendamento das sessões, que tendo em consideração as sugestões apresentadas pelas pessoas foi estabelecido o seguinte calendário: segunda, terça e sexta-feira às 15.00 horas, durante duas semanas.

Face às características e dinâmicas do Grupo Operativo, a sua constituição contemplou 8 elementos, que no entanto se alargou a 11, uma vez que outros utentes tiveram conhecimento do grupo operacional através da rede social e manifestaram interesse em integrá-lo, cujos dados de caracterização fundamentais para o planeamento das sessões sumariamos de seguida: 11 utentes, 5 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda 66 anos, a média 61 anos; quanto ao estado civil, 9 eram casados, 1 era viúvo e 1 era divorciado; no que respeita ao nível de escolaridade, 2 sabiam ler e escrever, 6 afirmaram ter concluído o 1º ciclo do ensino básico, e o 2º e 3º ciclos e ensino superior foram referidos por 1 pessoa em cada categoria, respectivamente; a profissão predominante era a de doméstica para as mulheres (5), construção civil (2), empresários (2), carpinteiro (1), professor do ensino secundário (1).

Sessões de Educação para a Saúde (EPS)

O sucesso das sessões de EPS depende de um correcto planeamento, de forma a não se reduzir a uma actividade circunscrita ao débito de informação, mas sim constituir-se como facilitadora da aquisição e mudança de comportamentos (Carvalho e Carvalho, 2006), com vista à construção de projectos de saúde.

A EPS deve contemplar um conjunto de intervenções que englobam conhecer as motivações e aptidão para a aprendizagem, identificando o que a pessoa pretende saber e aprender, determinar as necessidades, envolvendo-a no seu processo de aprendizagem,

e ajudar no estabelecimento de prioridades (Pacheco e Cunha, 2006). O profissional de saúde deve recorrer a uma linguagem que possibilite uma prática educativa, compreensível e simples, adequada à realidade e que tenha como ponto fundamental o indivíduo e o conhecimento sobre as suas necessidades em relação à doença (Valla, 2000).

Sessão 1: “Vamos Começar!”

A sessão 1 “*Vamos Começar*” (Anexo IV), foi realizada em parceria com a colega Vanessa Monteiro, no sentido de fornecer aos participantes orientações genéricas sobre os dois projectos, incentivando a adesão às actividades e promovendo a coesão grupal. Foram abordados aspectos relacionados com a diabetes, complicações e regime medicamentoso e a importância de um peso saudável. Na procura de um maior envolvimento dos utentes, procedemos à avaliação de alguns parâmetros de saúde (nomeadamente, tensão arterial (TA), peso, altura, IMC, glicemia capilar e PA) e à sua relação com os objectivos terapêuticos individuais e com a sua importância na vigilância periódica. Os dados obtidos são sistematizados em quadro de forma a facilitar a sua análise.

Quadro 7. Valores médios de TA e de glicemia capilar ocasional dos participantes

		Média	Desvio Padrão
Tensão Arterial	Sistólica	144	±8.8
	Diastólica	82	±9
Glicemia ocasional		144.6	±24.45

A TA sistólica média foi de 144mmHg e a TA diastólica média foi de 82 mmHg, valores acima das metas terapêuticas orientadoras para este grupo (TA <130/80mmHg) e a avaliação da glicemia ocasional revelou um valor médio de 144.6mg/dl.

Quadro 8. Distribuição dos inquiridos relativamente ao IMC

		Nº	%
IMC	Baixo peso (<18,5)	0	0
	Variação Normal (18,5-24,9)	1	9.1
	Pré-obesidade (25-29,9)	5	45.5
	Obesidade Classe I (30,0-34,9)	3	27.2
	Obesidade Classe II (35-39,9)	1	9.1
	Obesidade Classe III (\geq 40,0)	1	9.1

Foi determinado o IMC aos participantes, e da análise dos dados ressalta que existiam 5 utentes com Pré-obesidade, associado a um risco de comorbilidade aumentado, 3 diabéticos apresentavam Obesidade Classe I, com um risco de comorbilidade moderado, 1 utente apresentava Obesidade Classe II relacionada com um risco de comorbilidade grave, e 1 incluía-se na Obesidade Classe III com um risco de comorbilidade muito grave.

Globalmente, a média de IMC no grupo rondava 30.93 (Obesidade Classe I), com um PA médio nas mulheres de 102.66 cm, evidenciando um risco muito aumentado de complicações metabólicas. Nos homens, o PA médio era de 99.7 cm, com um risco aumentado de complicações metabólicas.

No final da sessão, oferecemos um lanche e pedimos aos participantes para trazerem para a próxima sessão os glucómetros no sentido de promovermos a autovigilância. Três dos participantes referiram não dispor do equipamento, pelo que foram facultados glucómetros de acordo com as suas necessidades e reservado um espaço individual para o ensino, instrução e treino.

Na Sessão 2 e 3, apesar de estar incluída no projecto P'ró Activo (Enfermeira Vanessa Monteiro), colaborei com a colega na avaliação de parâmetros de saúde, assim como nas dinâmicas de grupo.

Sessão 4: “Pensar os Alimentos”

O tema da sessão 4 “Pensar os Alimentos” (*Anexo V*), surgiu a pedido de alguns participantes durante a sessão 2, verbalizando algumas dúvidas relativamente à

alimentação e condutas alimentares. Nesta sessão, fornecemos informação relativa à Roda dos Alimentos, disponibilizando um exemplar a cada utente, reforçamos a capacidade de decisão e autonomia na escolha dos alimentos e abordamos o modo de confecção dos alimentos. Foram igualmente debatidas outras questões como o número de refeições, os alimentos próprios para diabéticos e o consumo de bebidas alcoólicas, particularmente participada pelos homens. O debate sobre as porções alimentares foi um dos momentos mais participativos, com algumas reacções de espanto e humor à mistura, constatando-se um grande desfasamento entre aquilo que faziam e o que deveriam fazer, ou seja, da relação entre o conhecimento dos alimentos a ingerir e a sua quantidade. Da metodologia para esta actividade, destacamos o diálogo entre os participantes através de perguntas interactivas, da partilha de experiências neste domínio e simulação prática (disponibilização de diversos alimentos aos participantes e preparação de uma refeição na proporção adequada) para a consciencialização da importância das equivalências e porções na confecção das refeições.

Sessão 5: “Pé Diabético”

Nesta sessão (*Anexo VI*), abordei os aspectos elementares da autovigilância do pé, com uma breve apresentação em powerpoint. De seguida, dinamizei um *brainstorming* relativamente aos cuidados a ter com os pés, situações de risco e precauções de segurança, cuja metodologia incentivou a participação de todo o grupo. Da avaliação global, foram identificados níveis consideráveis de desconhecimento sobre os cuidados de autovigilância e autocuidado do pé, sobre as situações de risco e muitos relataram comportamentos inadequados. Também, verbalizaram muita satisfação e utilidade nos conhecimentos transmitidos, trocaram opiniões e experiências, constituindo o desenvolvimento desta actividade um momento muito enriquecedor para o grupo. De igual modo, e acreditando que os comportamentos repetitivos podem ser mais apropriados pelos sujeitos, no final da sessão foi oferecido um lanche saudável.

Sessão 6: “Como Cuidar os Pés”

De cariz prático, esta sessão (*Anexo VII*) visou essencialmente a apresentação de material podológico. No sentido de a complementar, recorri à demonstração e treino dos

cuidados de autovigilância do pé, solicitando a participação de um voluntário para exemplificação. Como estratégia para a aprendizagem, foi utilizada uma banca com material trazido pelos utentes para identificação da sua adequação. Colocaram muitas questões e partilharam entre si perspectivas de mudança no quotidiano das suas práticas. A sessão foi finalizada com a oferta de limas de cartão, creme hidratante para os pés e folhetos informativos, a cada participante. Para a avaliação da actividade, solicitei a participação através do preenchimento de um instrumento de avaliação (*Anexo VIII*), cujos resultados evidenciam uma grande satisfação: os objectivos e conteúdos da formação foram totalmente (8 participantes) e bastante atingidos (3 participantes); os conhecimentos proporcionados foram totalmente úteis (9 participantes) e bastante úteis (2 participantes); os temas foram apresentados de forma totalmente estruturada (8 respostas) e bastante estruturada (3 respostas); e as metodologias e meios audiovisuais utilizados facilitaram totalmente a compreensão dos temas.

Validade e Indicadores do Projecto

Nos dias de hoje, implementar projectos por si só não tem significado, a não ser que seja imprimida uma atitude reflexiva sobre o que foi realizado, a eficácia da sua implementação e a preponderância. Noutros termos, é fulcral realizar uma avaliação do projecto, permitindo estabelecer termos comparativos entre o estado inicial e final, concluindo se o projecto introduziu ou não mudanças comportamentais traçadas nos objectivos (Tavares, 1990).

Ao longo do projecto, foi fundamental observar o interesse dos participantes, assim como registar as opiniões e *feed-back* do grupo no final das sessões, para nortear a avaliação do projecto.

Mostrou-se proveitoso a aplicação de indicadores, nomeadamente o indicador de resultado (fundamental na avaliação e controlo do projecto implementado), assim como os indicadores de actividade (medem a prestação de cuidados de saúde) (Tavares, 1990), que se formulam através dos seguintes indicadores, com base num questionário que comporta um conjunto de afirmações relativas à autovigilância e autocuidado do pé em relação às quais os utentes emitam a sua opinião (*Anexo IX*).

Indicador de Actividade, que procura avaliar a adesão ao programa educacional, nomeadamente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa em todas as actividades do programa educacional}}{\text{N}^\circ \text{ total de diabéticos referenciados para o projecto}} \times 10^n$$

Dos onze elementos, apenas 9 participaram em todas as actividades, pelo que o indicador “adesão ao programa educacional” se situa em 81,8%, ultrapassando consideravelmente a meta estabelecida que foi de 40%, podendo inferir-se que as expectativas traçadas em relação à adesão foram superadas.

Os indicadores de resultado definidos estão relacionados com os conhecimentos sobre autovigilância e autocuidado do pé e diabetes, designadamente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a autovigilância do pé na diabetes}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

Relativamente a este indicador, posso inferir que todos os participantes (100%) demonstraram conhecimentos sobre a autovigilância do pé.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que demonstra atitudes favoráveis à autovigilância e autocuidado do pé na diabetes}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

No que toca a este indicador, posso inferir que 9 (81,8 %) elementos do grupo operativo demonstraram atitudes favoráveis conducentes à autovigilância do pé.

1.1.2. I Feira da Diabetes

A diabetes é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, com uma projecção acentuada de crescimento nas próximas décadas. Tais factos colocam a diabetes como um dos problemas de saúde pública de elevada magnitude, sendo previsível que venha a constituir uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total ou parcial durante o século XXI.

O controlo da diabetes impõe um amplo e diversificado conjunto de estratégias que, no âmbito da prevenção primária, visam a redução dos factores de risco na etiologia da doença, no da prevenção secundária, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de acordo com o princípio da equidade, e no âmbito da prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes.

O Pé Diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes *Mellitus*, responsável por 40 a 60% de todas as amputações efectuadas por causas não traumáticas (DGS, 2001), com inúmeras repercussões no custo dos cuidados de saúde do SNS. Estima-se que cerca de 15% da população diabética possui factores predisponentes ao aparecimento de lesões e complicações nos pés, com destaque para a neuropatia sensitivo-motora e doença vascular aterosclerótica (DGS, 2001).

No dia 14 de Novembro assinala-se o Dia Mundial da Diabetes, em homenagem ao nascimento do cientista Frederick Banting. A IDF incentiva a realização actividades relativas à Diabetes, por forma a sensibilizar a população para este problema de saúde, que no ano de 2009 teve como lema “Diabetes: Prevenção e Educação”. Decorrente deste enquadramento, foi realizada a I Feira da Diabetes, registada no site www.worldddiabetesday.com e solicitada autorização ao IDF para utilizar o logo e materiais publicitários da campanha. Também, e numa perspectiva de compromisso com a comunidade local, solicitamos a colaboração da Câmara Municipal de Vila Real que prontamente reconheceu a importância desta actividade, disponibilizando um dos espaços emblemáticos da cidade (Largo da Capela Nova). Esta Feira foi organizada conjuntamente com a colega Vanessa Monteiro e diferentes parceiros comunitários (Câmara Municipal de Vila Real, Associação Comercial de Vila Real, Regimento de Infantaria 13, Indústrias Farmacêuticas, Lactogal, Laboratórios Pioledo, Empresa Intergerações, entre outros). Procedeu-se à publicitação da actividade através da distribuição de panfletos (*Anexo X*) em diferentes locais estratégicos da cidade (lojas do centro histórico, laboratórios de análises clínicas, farmácias, CS, cafés, entre outros), e em celebrações eucarísticas, jornais locais e rádios.

No centro histórico da cidade foi colocada uma tenda de campanha, com uma área reservada a material específico para pessoas com diabetes (glucómetros, folhetos, calçada adaptado, material podológico), uma área para avaliação do risco de

desenvolver diabetes nos próximos 10 anos¹, através do preenchimento de um formulário (*Score* de Risco FINDRISK) (*Anexo XI*), rastreio de avaliação de TA, peso, altura, IMC, PA, uma banca de alimentação saudável (fruta, bolacha “tipo Maria” e iogurtes líquidos de baixo índice glicémico), e uma área para avaliação do risco do pé (*Anexo XII*), ou seja, inspecção dos pés e identificação de factores de risco para o aparecimento de complicações na Unidade Móvel de Saúde disponibilizada pela Câmara Municipal.

Perspectivou-se uma ampla adesão da população ao evento, pelo que foi necessário mobilizar um número elevado de profissionais de enfermagem, e sem o seu empenho seria impossível a realização desta actividade com qualidade. A actividade culminou com a oferta de brindes (t-shirts e limas de cartão), a cidade vestiu-se de azul e branco, convidando a população para o acto de celebração deste dia que consistiu no lançamento de balões.

A avaliação da TA, peso, altura, IMC, PA, pesquisa de glicemia capilar e aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis foi efectuada a 159 diabéticos e a avaliação do *Score* de Risco FINDRISK em 127 pessoas (62 do sexo feminino e 65 do sexo masculino), da qual se relevam os seguintes resultados: predomínio da faixa etária das pessoas com mais de 64 anos (43 pessoas); a maioria (99 pessoas) apresentava excesso de peso ou obesidade, dado alarmante, visto que a literatura sugere uma estreita relação com a Diabetes; da avaliação do PA, consta-se que apenas 6 mulheres apresentavam uma avaliação inferior a 80 cm, valor que predispõe para um elevado risco de complicações metabólicas; a maioria referiu praticar diariamente 30 minutos de actividade física (81 pessoas) e comer fruta e/ou vegetais diariamente (102); da avaliação global do risco, é de referir que 24 pessoas apresentavam risco baixo, 45 risco sensivelmente elevado, 26 risco moderado, 25 risco alto e 4 risco muito alto.

¹ Na Finlândia, foi desenvolvido um instrumento de avaliação do risco de Diabetes tipo 2 dentro de 10 anos, designado por *Score* de Risco FINDRISK (Finish Diabetes Risk Score), incluído no DEKO Program (medidas que visavam a diminuição da incidência da diabetes). Este instrumento tem como base estudos epidemiológicos e o conhecimento dos factores de risco presentes habitualmente, tais como: idade, obesidade (avaliada pelo IMC), a medida de cintura, prática de exercício físico, hábitos de consumo de salada e fruta, hipertensão arterial, hiperglicemia e presença de diabetes na família. Apesar de validado para aquele país, o PNPCD recomenda a sua utilização em Portugal.

Relativamente à avaliação do risco de pé diabético a 37 participantes, efectuada na Unidade Móvel de Saúde, na maior parte (29 pessoas) estava presente pelo menos um factor de risco.

A concretização desta actividade, “I Feira da Diabetes”, revestiu-se de elevada importância neste percurso de formação, possibilitando o desenvolvimento de competências num campo de intervenção especializada, nomeadamente em actividades de âmbito comunitário, integrando o domínio dos conhecimentos relativos ao planeamento em saúde, e a capacidade de mobilização dos parceiros sociais.

Sendo que a planificação (*Anexo XIII*) cuidada e rigorosa determinou a consecução com êxito desta actividade, a avaliação teve por base os seguintes indicadores:

Indicador de actividade, relativo ao número de actividades realizadas, cuja resultado remete para a sua concretização:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades planeadas}}$$

Indicador de resultado, percentagem de pessoas com avaliação de vir a ter diabetes nos próximos 10 anos, tendo definido como meta 70%, foi superada atingindo 86,4%.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com avaliação do risco FINDRISK}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes}}$$

1.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados/Equipa Coordenadora Local

No início do módulo I, estava em curso a reforma dos Cuidados de Saúde Primários mais especificamente a reconfiguração dos CS e implementação da RNCCI que consubstancia uma resposta às necessidades em cuidados de saúde e/ou de apoio social às pessoas em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados têm o seu modelo conceptual alicerçado na promoção da autonomia da pessoa, no sentido da recuperação dos défices funcionais afectados pela situação de doença e da manutenção da qualidade de vida e alívio do sofrimento, baseando-se na continuidade de cuidados sem hiatos e articulando os diferentes níveis de prestação de cuidados (DL n° 101/2006, de 6 de Junho).

O ingresso na RNCCI faz-se sempre através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do CS, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário. O CSVRI é a sede da ECL Marão e Douro Norte, que procede à articulação das diversas unidades da RNCCI e à gestão dos casos referenciados. A figura 1 pretende esquematizar o circuito do utente na Rede.



Figura 1. Circuito de ingresso na ECCI

Da minha presença na ECL Marão e Douro Norte, constatei o modo como se processa o circuito dos utentes na RNCCI, através da coordenação e parecer da ECL, e a rigorosa avaliação das necessidades dos utentes no sentido de uma maior adequação e rentabilização da tipologia de resposta que a Rede pode disponibilizar. É também responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação. As actividades em que tive oportunidade de participar, permitiram adquirir competências no processo de referenciação, mais concretamente no conhecimento e avaliação dos critérios de ingresso/exclusão da RNCCI e um conhecimento mais preciso sobre o uso do aplicativo informático, exclusivo desta rede, assim como acompanhar a articulação entre as Equipas de Gestão de Altas (Hospital/CS) e a ECL. Foi com gratificação que verifiquei o importante papel que o enfermeiro desempenha na equipa multidisciplinar, neste caso sob a coordenação de uma Enfermeira.

1.3. Equipa de Cuidados Continuados Integrados

O Módulo III do estágio desenvolveu-se na ECCI de Vila Real e passo a contextualizá-lo resumidamente com base nos normativos legais.

A RNCCI, recentemente criada, ao abrigo do DL nº 101/2006 de 6 de Junho, prevê novas tipologias de resposta, nomeadamente em regime de internamento, de unidades de dia e equipas de cuidados continuados integrados de apoio domiciliário.

Neste contexto, e de acordo Artigo 27.º do referido DL, a ECCI:

...é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (...) recorrendo à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do CS e da comunidade.

Atendendo ao Artigo 28º, as equipas de cuidados continuados integrados contemplam as seguintes áreas de actuação:

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa reabilitadora e acções paliativas;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas, no desempenho das actividades instrumentais da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

E têm como alvo, pessoas com:

- Critérios de fragilidade, em situação de dependência para desenvolver as Actividades de Vida Diárias;

- Alta recente de unidade de internamento (hospitalar ou de CCI);
- Incapacidade de gestão do regime terapêutico;
- Necessidade de continuidade de cuidados iniciados nos hospitais ou unidades de internamento da RNCCI, impossibilitadas de se deslocarem ao CS;
- Necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática possível de realizar no domicílio;
- Necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação que exceda a equipa básica.

A referenciação do utente para a ECCI pode ser feita pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) do Hospital, do CS ou por transferência de outras tipologias dentro da RNCCI. Cabe à ECL avaliar a referenciação, com base na aplicação de critérios de admissão e emitir parecer, validando ou não o ingresso na ECCI.

Em termos gerais, aos utentes que necessitam de cuidados continuados domiciliários a intensidade e complexidade de prestação de cuidados multidisciplinares são mais evidentes do que a generalidade dos cuidados prestados pelas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ou Unidades de Saúde Familiares (USF). Trata-se de uma resposta, com responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes que visam maximizar uma recuperação global, precoce e adequada às necessidades individuais e familiares em contexto domiciliário.

Foram definidos como indicadores base de avaliação do desempenho das ECCI os seguintes:

- Autonomia do utente à entrada e à saída da ECCI;
- Incidência de úlceras de pressão;
- Avaliação sistemática da dor;
- Resposta da ECCI nas primeiras 24 horas;
- Taxa de ocupação da ECCI.

Relativamente ao modelo de financiamento da ECCI, segundo o Artigo 47º do DL nº 101/2006 de 6 de Junho, os encargos com a prestação das equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas Administrações Regionais de Saúde, enquanto os encargos com a prestação do apoio social fazem parte dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Ao longo do estágio, e na medida em que ECCI Vila Real integrará a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), já em fase de candidatura, considere-o oportuno perceber como se articula com as restantes unidades funcionais (UCSP e ECL), assim como conhecer as dinâmicas da equipa, quer na organização dos cuidados quer na prestação de cuidados.

A ECCI de Vila Real tem uma carteira máxima de 20 utentes e apresenta dinâmicas inovadoras, nomeadamente a existência da figura de gestores de caso para cada utente, ou seja, um Enfermeiro Responsável pela planificação, execução e avaliação dos cuidados prestados, bem como pelo registo no aplicativo informático da RNCCI. A avaliação dos utentes é uma constante (no dia de admissão, passados quinze dias e depois mensalmente) e compreende: Avaliação de Enfermagem, Avaliação Instrumental, Avaliação da Dor, Risco de Queda, Risco de Úlcera de Pressão, Risco de desenvolver Diabetes/Avaliação de Diabetes e Risco de Queda de Moorse. Caso o utente tenha úlceras de pressão, a avaliação deve ser realizada de quinze em quinze dias.

No decorrer do estágio, foi percebida que a quantidade e complexidade dos instrumentos de avaliação, aliada ao desconhecimento dos critérios de referenciação pela maior parte dos elementos da equipa de enfermagem do CS, tem condicionado o acesso dos utentes à ECCI e, por conseguinte, a justificar a importância da sua intervenção, através da taxa de ocupação. Esta análise foi colocada como preocupação num dos períodos de orientação tutorial, emergindo como hipótese para a sua minimização a criação de um espaço de debate, reflexão e informação, de forma a permitir uma melhor articulação entre a ECCI e o CS, que culminou com a organização de um Workshop subordinado ao tema: “ECCI, que desafios?”.

1.3.1. Workshop: “ECCI, que desafios?”

A realização de um Workshop tem por base a discussão e trabalho prático sobre um determinado tema, em que a aprendizagem ocorre através da partilha de conhecimentos e experiências dos participantes, pelo que se estabeleceram como objectivos: *i)* promover informação sobre a RNCCI e o debate sobre os desafios que coloca aos cuidados de saúde; *ii)* incentivar os Enfermeiros para a referenciação dos utentes para a ECCI; *iii)* conhecer as potencialidades e constrangimentos para o funcionamento da ECCI; *iv)* e sistematizar os contributos para a definição da Carta de Qualidade.

O Workshop “*ECCI, que desafios?*” foi realizado no CSVRI no dia 22 de Janeiro de 2010, com duração de 4 horas, de encontro à disponibilidade dos participantes e oradora. A divulgação foi feita através de um convite afixado nos Módulos do CS e contactos individuais aos profissionais. Estiveram presentes 18 enfermeiros.

O Workshop foi precedido de um momento de natureza informativa, para o qual solicitei a colaboração da Enfermeira Supervisora, Laurentina Santa (ACES Alto Tâmega e Barroso), atendendo a que é altamente conhecedora da realidade da RNCCI, sendo mesmo considerada uma perita na área. A exposição desta temática foi atravessada pelo questionamento oportuno dos diferentes participantes, culminando com a análise SWOT (SWOT: Strengths (pontos fortes); Weaknesses (pontos fracos); Opportunities (oportunidades); e Threats (ameaças). Segundo Teixeira (2005, p. 52), esta metodologia procura evidenciar as estratégias que “*conduzam à maximização das oportunidades do ambiente e construídas sobre os pontos fortes da empresa e à minimização das ameaças bem como à redução dos efeitos dos pontos fracos da empresa*”. Foram constituídos seis grupos (com três elementos cada) e facultado um quadro para ser preenchido tendo em conta a percepção sobre o funcionamento da ECCI, segundo a lógica da análise SWOT. Após esta etapa, foi pedido aos grupos a partilha do trabalho, resumido num quadro síntese com recurso ao projector multimédia (quadro 9).

Quadro 9. Síntese da análise Swot

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Factores Internos	.Motivação dos profissionais; .Qualidade dos cuidados; .Continuidade de cuidados; .Satisfação dos utentes; .Abrangência dos cuidados.	.Falta de sensibilização para referênciação; .Operacionalização dos critérios de referênciação; .Falta de articulação com unidades da RNCCI; .Falta de recursos humanos e equipamentos.
	Oportunidades	Ameaças
Factores Externos	.Articulação inter-instituições; .Prioridade assumida pelo governo.	.Demora na referênciação; .Referênciação por parte da EGA (hospital).

Tendo em conta que também era objectivo produzir um primeiro *Draft* sobre a Carta de Qualidade, foi promovido um debate, solicitando aos profissionais presentes contributos para a definição da Missão, Visão e Valores da ECCI. Para cada um dos temas seleccionados, cada participante apresentou as suas “ideias sobre futuro”, segundo o seguinte procedimento:

- Cada participante resumiu a sua contribuição, num número limitado de palavras escritas legivelmente num “post it” fornecido;
- Os “post its”preenchidos foram afixados numa superfície visível, para permitir a sua leitura por todos os participantes, ao mesmo tempo foi proporcionado aos outros participantes uma breve explicação oral sobre o que escreveu;
- O participante seguinte iniciou uma nova “linha de pensamento”, acrescentando alguma coisa a uma “linha” já iniciada, ou ambas as coisas.

Numa lógica que visa a participação de todos, não foi permitido criticar nenhuma das ideias apresentadas, uma vez que se pretendia recolher o maior número de ideias possíveis, não excluindo nenhuma à partida, mas valorizando aquelas que parecem mais promissoras, acrescentando novos elementos que as desenvolvem e enriquecem.



Figura 2. Dinâmica do Post-It

Esta dinâmica permitiu angariar subsídios para a elaboração da Carta de Qualidade da ECCI, mais concretamente homogeneizar o Conceito de Qualidade no que concerne à Missão, Visão e Valores da ECCI.

Posteriormente, foi realizada a avaliação da sessão, com todos os enfermeiros a expressarem uma satisfação elevada com esta a sessão e que a mesma correspondeu às suas expectativas.

1.3.2. Carta de Qualidade da ECCI

O conceito de qualidade não é consensual, variando conforme o autor de referência, embora exista uma procura de convergência entre as definições propostas enquanto revelam a importância da satisfação do cliente quanto aos serviços que lhe são oferecidos (Mezomo, 2001).

Segundo Crosby (2001, p. 71), qualidade significa *“conformidade com os requisitos e não bondade ou elegância, pois estes são conceitos subjectivos que mais confundem do que esclarecem o conceito”*, ou seja, refere que o conceito de qualidade não pode ser subjectivo, mas sim bastante esclarecedor. Numa perspectiva ainda mais esclarecedora, o mesmo autor considera a qualidade como *“um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa)”*

concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes” (p.73).

De salientar que na área da saúde o conceito de qualidade implica preservar e garantir os direitos do utente enquanto ser humano. Deste modo, cabe a cada instituição definir o seu próprio conceito de qualidade, através de um compromisso pessoal de cada um dos profissionais, surgindo como o apoio indispensável à efectividade do processo de melhoria dos cuidados. Assim, a Carta de Qualidade aparece como um documento que estabelece, de uma forma geral, a política, os procedimentos e regras da qualidade da instituição (Cabral, 2006).

Como já foi referido anteriormente, as ECCIs começam a dar os primeiros passos no SNS, são geralmente equipas ambiciosas nos objectivos que perseguem, no entanto, deparam-se com algumas limitações decorrentes do estágio em que se encontram. Ao longo do estágio, os diversos elementos que constituem a ECCI, verbalizaram a lacuna da inexistência de Carta de Qualidade, que permitisse homogeneizar as práticas dos profissionais na procura da obtenção da Qualidade. Foi-me lançado o repto de redigir a Carta de Qualidade da ECCI Vila Real (*Anexo XIV*) no âmbito deste estágio, que foi prontamente aceite. Para tal, promovi reuniões com os elementos da equipa da ECCI para definição do conceito de Qualidade e colhi contributos da equipa de enfermagem do CSVRI, no decorrer do Workshop, para a definição da Missão, Visão e Valores da ECCI, anteriormente descrita, e que deram corpo à redacção da Carta de Qualidade

1.4. Gripe A: A Pandemia do novo século

No início do período de estágio do Módulo I (Abril de 2009), deparei-me com o aparecimento de uma pandemia de Gripe, inicialmente designada como gripe suína e posteriormente denominada de Gripe A. A doença é causada pelo vírus influenza A H1N1, que representa o rearranjo quádruplo de cepas de influenza (2 suínas, 1 aviária e 1 humana).

Esta doença atingiu proporções de grande magnitude, tendo sido declarada pela OMS, em 25 de Abril de 2009, como uma emergência de Saúde Pública Internacional, devendo os países de todo o mundo implementar medidas de vigilância em relação à

propagação do vírus. Em 11 Junho de 2009, a OMS decreta esta gripe como pandemia (Nível 6), uma vez que havia manifestação desta doença em mais de 75 países e em vários continentes.

Por estar a realizar um diagnóstico de saúde em conjunto com a Enfermeira Vanessa Monteiro, decidimos dar uma resposta a esta necessidade emergente do SNS. Deste modo, procedemos à elaboração de posters (*Anexo XV*) de cariz informativo no que toca a medidas básicas para prevenção de infecções virais respiratórias. Participámos, ainda, na reorganização das infra-estruturas do CSVRI de modo a prevenir o contágio da gripe durante o circuito do utente. Colaborámos na implementação do Plano de Contingência do CSVRI, através de várias actividades, entre as quais, a realização de uma sessão de educação para a saúde destinada às assistentes operacionais.

2. CONCLUSÃO

Em termos conclusivos, procurarei reflectir acerca do estágio, tendo em conta os objectivos e competências preconizados no Guia Orientador de Estágio.

Da análise das actividades anteriormente descritas e realizadas no âmbito do Estágio (em três módulos), parece evidente a diversidade de oportunidades e o esforço para atingir amplamente os objectivos, com especial atenção na concretização das actividades inerentes à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes e ECCI. Pela quantidade, diversificação e complementaridade de actividades que lhe estavam subjacentes, a sua planificação, implementação e avaliação, possibilitaram o desenvolvimento de competências em diferentes domínios, a saber: dos valores, ética profissional, responsabilidade social, comunicação, emissão e formulação de juízos clínicos, a interacção com situações novas relacionais, ao nível da tomada de decisão, trabalho em equipa, planeamento em saúde, prática reflexiva, gestão e liderança de projectos e equipas, resolução de problemas, entre outras. Portanto, das actividades realizadas, saliento os ganhos em saúde, traduzidos na explicitação dos indicadores, para as comunidades e o seu *empoderamento*, num processo contínuo de melhoria da qualidade para atingir a excelência.

O facto de o Estágio ter decorrido no meu contexto de trabalho concorreu de forma significativa para a concretização dos objectivos a que me propus, facilitando a integração na equipa de saúde, o conhecimento prévio do terreno, da comunidade, das necessidades, a possibilidade de continuidade do trabalho e as elevadas expectativas em torno deste estágio no sentido de contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem. São exemplos os excelentes resultados obtidos com o grupo terapêutico, assim como o sucesso alcançado com a organização da “I Feira da Diabetes”, que não teria sido possível organizar no período disponibilizado, se não houvesse um conhecimento profundo da comunidade. No entanto, não quero deixar de mencionar alguns constrangimentos decorrentes de alguma simultaneidade no desempenho do papel de estudante do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

Comunitária e do papel de enfermeiro de cuidados gerais, o que naturalmente teve implicações na relação quotidiana com os utentes e profissionais da equipa de enfermagem.

Numa apreciação final sobre a organização desta etapa de formação, sublinho a relevância que os projectos desenvolvidos trouxeram para os contextos de prestação de cuidados, na medida em que imprimiram mudanças e um olhar atento e reflexivo sobre o exercício profissional.

Considero que as estratégias usadas para a elaboração deste documento foram adequadas, mas porque nem sempre se procede a uma sistematização e registo em tempo oportuno, este documento fica aquém da riqueza desta experiência.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – *Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS®)* Vila Real: DGS, 2009.

ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL – *Viver com a diabetes*. Lisboa: Climepsi, 2001.

CABRAL, José Paulo Saraiva – *Organização e gestão da manutenção dos conceitos à prática*. 5ª ed. Lisboa: Lidel, 2006. 362p. ISBN 13.978-972-757-440-7.

CARVALHO, Amâncio António de Sousa; CARVALHO, Graça Simões de – *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência, 2006.

CROSBY, Philip Bayard – *Qualidade e investimento*. 7ª ed. Lisboa: José Olympio (Grupo Record), 2001. 327 p. ISBN 8503004216.

DECRETO-LEI nº 101/2006. *D.R. Série I-A*. 109 (2006-06-06) 3856-3865.

DUARTE, Rui [*et al.*] – *Diabetologia clínica*. Lisboa: LIDEL 2002.

MEZOMO, João Catarin – *Gestão de qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001. 301 p. ISBN 85-204-1263.7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Desenvolvimento profissional: desenvolvimento das especialidades em Enfermagem*. Lisboa: OE, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *The WHO Global Infobase* (em linha) Geneva, 1926-2007 [on-line]. Disponível em URL:<http://www.who.int/infobase/report.aspx?rid=112&ind=DIA> (consultado em 2009-05-17).

PACHECO, Sílvia; CUNHA, Susana – *A educação para a saúde nos cuidados de saúde primários: O papel do enfermeiro*. “Nursing”. Lisboa. Vol. 16, nº 211 (2006), p. 19-22.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique – *O processo grupal*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – *Circular Normativa n.º 23/DSCP/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus*. Lisboa: DGS (14-11-07).

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – *Circular Normativa n.º8/DGCG: Pé Diabético – Programa de Controlo da Diabetes Mellitus*. Lisboa: DGS (24/04/01).

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – *Estudo da prevalência da diabetes em Portugal*. Lisboa: DGS, 2009.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004/2010* (2 vol.). Lisboa: DGS, 2004.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – *4.º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/06* [on-line]. Disponível em 3/06/2009. http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTALINE/Destaques?DESTAQUEDest_boui=6449883&DESTAQUESmodo=2.

SERRA, Maria Beatriz Lage – *Funcionamento de uma consulta externa*. In: SERRA, Luis M. Alvim – *Pé diabético: manual para a prevenção da catástrofe*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, cop. 2008. ISBN 978-972-757-509-1. p. 1-30.

TAVARES, António Manuel Barata – *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1990. 23p. (Cadernos de formação; 2).

TEIXEIRA, Sebastião – *Gestão das organizações*. 2ª ed. Lisboa: McGraw-Hill, 2005. 314p. ISBN 84-481-4617-4.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde – *Guia de estágio*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde, 2009.

VALLA, Victor Vicente – *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.

ANEXO I

Formulário do Diagnóstico de Saúde

Formulário do Diagnóstico de Saúde

Pedido de Consentimento Informado

Caro(a) Senhor(a):

No desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde - Porto, e no âmbito da unidade curricular Estágio, encontramos-nos a realizar um diagnóstico de saúde subordinado à temática Adesão/Gestão do Regime Terapêutica e Auto Vigilância na Diabetes.

Gostaríamos de poder contar com a sua colaboração. Caso se disponibilize a colaborar connosco, queremos informá-lo de que:

- Se em qualquer momento de preenchimento do formulário pretende desistir, pode fazê-lo;
- O formulário é confidencial pelo que será sempre salvaguardado a sua intimidade e privacidade;
- A colheita de dados será realizada durante a consulta de Enfermagem.
- Poderá ter acesso aos resultados deste diagnóstico de saúde.

Agradecemos a sua colaboração!

Declaro para os devidos efeitos que aceito participar neste diagnóstico de saúde.

(Assinatura)



Formulário

Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes

Local de contacto:

- Centro de Saúde (1)
 Unidade Móvel (2)
 Domicílio (3)

I- Identificação

1-Nº Utente: _____

2-Sexo:

- Masculino (1)
 Feminino (2)

3- Idade: ___ anos

4-Estado Civil:

- Casado (1)
 União de facto (2)
 Solteiro (3)
 Viúvo (4)
 Divorciado (5)
 Outro _____

5-Escolaridade:

- Não sabe Ler nem escrever (1)
 Sabe ler e escrever (2)
 1º Ciclo do Ensino Básico (3)
 2º Ciclo do Ensino Básico (4)
 3º Ciclo do Ensino Básico (5)
 Ensino Secundário (6)
 Ensino Médio (7)
 Ensino Superior (8)
 Outra _____

6-Profissão: _____

7-Tem prestador de cuidados?

- Sim (1)
 Não tem, mas precisa (2)
 Não (3)

7.1-Se sim:

- Prestador de Cuidados Formal. (1) Quem? _____
- Prestador de Cuidados Informal. (2)
- Coabitação: Sim ___ (1); Não ___ (2)
 - Sexo: Masculino ___ (1); Feminino ___ (2)
 - Idade: ___ anos
 - Parentesco: _____
 - Estado Civil: Casado ___ (1); União de facto ___ (2); Solteiro ___ (3); Viúvo ___ (4); Divorciado ___ (5); Outro _____
 - Escolaridade: Não sabe Ler nem escrever ___ (1); Sabe ler e escrever ___ (2); 1º Ciclo do Ensino Básico ___ (3); 2º Ciclo do Ensino Básico ___ (4); 3º Ciclo do Ensino Básico ___ (5); Ensino Secundário ___ (6); Ensino Médio ___ (7); Ensino Superior ___ (8); Outra _____
 - Profissão: _____ ;

II- História de Saúde

8-De que doenças sofre?

- Infeciosas (1)
- Mentais (2)
- Neurológicas (3)
- Cardiovasculares/hematológicas (4)
- Respiratórias (5)
- Digestivas/nutricionais (6)
- Genito-urinárias (7)
- Endócrinas e metabólicas (8)
- Músculo-esqueléticas/osteoarticulares (9)
- Alérgicas/Dermatológicas (10)
- Oftálmicas e do foro otorrinolaringológico (11)
- Oncológicas (12)
- Outras doenças _____

9-Diabetes:

- Tipo 1 (1)
- Tipo 2 (2)
- Diabetes Gestacional (3)

9.1--Ano de diagnóstico: _____

9.2--Complicações Associadas: _____

10-Frequenta consultas de:

- Nutrição (1)
- Pé diabético (2)
- Endocrinologia (3)
- Oftalmologia (4)
- Nefrologia (5)

11-Número de consultas de Enfermagem no Centro de Saúde em 2008 (a preencher mediante dados do SAPE): _____

12- Nos últimos três meses contactou com algum profissional de saúde?

- Sim (1)
- Não (2)

12.1-Se sim, quem?

- Enfermeiro (1)
- Médico (2)
- Nutricionista (3)
- Psicólogo (4)
- Assistente social (5)
- Outro _____

13-Tem a vacina anti-tetânica actualizada?

- Sim (1)
- Não (2)

14-No ano de 2008 foi-lhe administrada a vacina da gripe?

- Sim (1)
- Não (2)

III- Adesão/Gestão do Regime Terapêutico

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

15-Quantas refeições faz por dia? _____

16-Qual o intervalo entre as refeições? _____

17-Durante a noite o intervalo é superior a 8/9 horas?

- Sim (1)
- Não (2)

18-Inicia o almoço ou o jantar com uma sopa de legumes e hortaliças?

- Sim (1)
- Não (2)

19-Quantas vezes come peixe por semana?

- 0 (1)
- 1-2 (2)
- 3-4 (3)
- Mais de 5 (4)

20-Quantas peças de fruta come por dia?

- 0 (1)
- 1-3 (2)
- 4-5 (3)
- Mais do que 5 (4)

21-Acompanha a fruta com hidratos de carbono de absorção lenta (ex: pão, bolacha Maria, bolacha água e sal, etc.)?

- Sim (1)
- Não (2)

22-Pratica exercício físico?

- Sim (1)
- Não (2)

22.1-Se Sim:

22.1.1- Quantas vezes por semana? _____

22.1.2- Que tipo de exercício físico? _____

22.1.3- Qual a duração do exercício físico? _____

22.1.4- Reconhece vantagens na prática de exercício físico na diabetes?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não Sabe (3)

22.1.5- O exercício pode provocar hipoglicémia?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não sabe (3)

22.2-Se Não, porquê?

- Não tenho companhia (1)
- É aborrecido (2)
- Cansa muito e é desconfortável (3)
- Não tenho saúde (4)
- Não tenho dinheiro (5)
- Tenho medo de fazer má figura pelo meu mau desempenho ou aparência (6)
- Não tenho idade para isso (7)
- Falta de tempo (8)
- Outra _____

23- Toma terapêutica para controlar a diabetes?

- Sim (1)
- Não (2)

23.1-Se Sim:

Antidiabéticos orais. (1) Qual(ais)? _____; Não sabe _____

Insulina. (2) Qual(ais)? _____; Não sabe _____

23.1.1- Se toma antidiabéticos orais, tem dificuldades?

- Sim. (1) Se sim, quais? _____
- Não (2)

23.1.2- Se faz insulina, tem dificuldades na administração de insulina?

- Sim (1)
- Não (2)

23.1.2.1- Se sim, qual(ais) a(s) dificuldade(s)?

- Local de administração (1)
- Contar as unidades (2)
- Trocar as agulhas (3)
- Trocar a recarga (4)
- Insegurança na administração (5)
- Gerir o esquema insulínico (6)
- Outras _____

23.1.3 Esquece-se de tomar a medicação?

- Sim (1)
- Não (2)

23.1.3.1- Se sim, quantas vezes por semana?

- 1 a 2 (1)
- 3 a 4 (2)
- Mais do que 4 (3)

23.1.3.2- Acha que o esquecimento da toma de medicação pode interferir com a diabetes?

- Sim (1)
- Não (2)
- Não sabe (3)

IV- Autovigilância

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

26- Costuma monitorizar a glicémia capilar?

- Sim (1)
- Não (2)

26.1- Se **Sim**, a monitorização é feita:

- pelo próprio (1)
- pelo prestador de cuidados (2)
- pelo técnico de saúde (3)

26.1.1- Nos casos em que a monitorização é feita **apenas** pelos técnicos de saúde, porque motivo(s) é que não faz a autovigilância?

- Não tem glucómetro (1)
- Não sabe fazer (2)
- Ninguém o ensinou (3)
- Sente-se inseguro (4)
- Tem medo de se picar (5)
- Não sabe trabalhar com o glucómetro (6)
- Não sabe/ não consegue ler o valor (7)
- Não se interessa (8)
- Dependente (9)
- Outro _____

Nos casos em que a monitorização é feita pelo **próprio ou prestador de cuidados**:

26.1.2- Quantas vezes faz a vigilância da glicémia por semana? _____

26.1.3- Tem alguma dúvida/dificuldade?

- Sim (1)
- Não (2)

26.1.3.1- Se sim, qual(uais)? _____

26.1.4- Faz as pesquisas a diferentes horas do dia?

- Sim (1)
- Não (2)

26.1.5- Conhece o valor de referência da glicémia em jejum?

- Sim (1)
- Não (2)

26.1.5.1- Se sim, qual? _____ mg/dl

26.1.6- Conhece o valor de referência da glicemia 2 horas depois de comer?

Sim (1)

Não (2)

26.1.6.1- Se sim: Qual? _____ mg/dl

26.2- Se **Não**, qual (quais) o(s) motivo(s)/ dificuldade(s)?

Não tem glucômetro (1)

Não sabe fazer (2)

Ninguém o ensinou (3)

Sente-se inseguro (4)

Tem medo de se picar (5)

Não sabe trabalhar com o glucômetro (6)

Não sabe/ não consegue ler o valor (7)

Não se interessa (8)

Falta de tempo (9)

Dependente (10)

Outro _____

27- Considera que faz a autovigilância do pé?

Sim (1)

Não (2)

27.1- Se **Sim**, quantas vezes faz a autovigilância do pé por semana? _____

27.2- Se **Não**, qual (ais) o(s) motivo(s)/ Dificuldade(s)?

Não acha importante (1)

Ninguém o alertou (2)

Não tem tempo (3)

Não sabe avaliar (4)

Necessita de ajuda (5)

Outro _____

Cuidados aos pés	Sim (1)	Não (2)
27.3- Inspecciona diariamente os pés, incluindo a área entre os dedos ou caso não consiga fazê-lo tem alguém que o faça?		
27.4- Lava regularmente os pés e seca-os cuidadosamente, especialmente entre os dedos?		
27.5- Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene?		
27.6- Anda descalço?		
27.7- Calça sapatos sem meias?		
27.8- Utiliza calçadas?		
27.9- Aplica óleo ou lubrificantes entre os dedos?		
27.10- Aplica creme nos pés?		
27.11- Muda diariamente as meias?		
27.12- Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura?		
27.13- Utiliza meias de cor clara		
27.14- Corta as unhas a direito?		
27.15- Lima as unhas com lima de cartão?		
27.16- Inspecciona o interior dos sapatos antes de os calçar?		
27.17- O seu pé é examinado regularmente por um profissional de saúde?		

V- Vigilâncias

28-Tensão arterial: ____/____ mmHg

29-Glicemia Capilar: ____ mg/dl (Pós prandial : ____; Jejum: ____)

30- Peso Corporal: ____ Kg

31-Avaliar Altura: ____ m

32- IMC: _____

33- Perímetro abdominal: ____ cm

34-Hábitos tabágicos: ____ cigarros/dia

35-Álcool: ____ copos/dia

36-Último valor de Hb1c (a preencher com dados do SAPE): ____ % ; Ano: _____

37- Vigiar pé

37.1-Calçado inadequado:

Sim (1)

Não (2)

37.2-Deformação ou proeminência óssea:

Sim (1)

Não (2)

37.3- Pulso pedioso:

presente e normal (1)

presente e diminuído (2)

ausente (3)

37.4- Sensibilidade táctil fina (teste do monofilamento):

Conservada (1)

Diminuída (2)

Ausente (3)

37.5- Temperatura do pé:

Normal (1)

Aumentada (2)

Diminuída (3)

37.6- Coloração:

Normal (1)

Alterada (2)

37.7- Queratoses:

Presentes (1)

Ausentes (2)

37.8- Micoses:

Presentes (1)

Ausentes (2)

37.9- Perda da mobilidade articular:

Sim (1)

Não (2)

37.10- Úlcera Anterior:

Sim (1)

Não (2)

37.11- Amputação:

Sim (1)

Não (2)

ANEXO II

Pés+Cuidados - Projecto Educacional para Pessoas
com Diabetes Tipo 2



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Pés+cuidados

Programa Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo2

Projecto de Estágio

Professora Orientadora: Norminda Magalhães

Aluno: Jóni André Borges Madureira

Porto, 2009, Outubro



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Unidade Curricular: Estágio

Pés+ Cuidados

Projecto Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo2

Módulo II - Projecto de intervenção comunitária

Aluno:

Jóni Anfré Borges Madureira

Sob orientação de:

Professora Norminda Magalhães

Porto, 2009, Outubro

ABREVIATURAS/SIGLAS

ART - Adesão ao Regime Terapêutico

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSVRI - Centro de Saúde Vila Real I

Enf^a - Enfermeira

GRT - Gestão do Regime Terapêutico

Sr^a - Senhora

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. DESIGNAÇÃO DO PROJECTO	11
2. JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO	11
3. DESCRIÇÃO DO PROJECTO	16
3.1. Responsáveis e intervenientes	16
3.2. População alvo	16
3.3. Tempo previsto	16
4. OBJECTIVOS	17
4.1. Objectivos Gerais.....	17
4.2. Objectivos Específicos.....	17
4.3. Objectivos Operacionais/Metas	17
5. PREVISÃO DE RECURSOS	18
5.1. Recursos Humanos	18
5.2. Recursos Materiais.....	18
5.3. Recursos Económicos	19
6. CONDICIONANTES DE REALIZAÇÃO	19
7. METODOLOGIA	20
7.1. Estratégias de Intervenção	20
7.2. Actividades a desenvolver	21
8. VALIDAÇÃO E INDICADORES	21
8.1. Indicadores de Resultado	22
8.2. Indicadores de Actividade.....	22
9. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	22
10. NOTA FINAL	25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
Anexo I. Cronograma Geral do Estágio	29
Anexo II. Cronograma do Projecto de Estágio	33

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos inquiridos relativamente à prática da autovigilância	12
Quadro 2. Distribuição dos inquiridos por comportamentos de autovigilância do pé	13
Quadro 3. Distribuição dos inquiridos relativamente ao exame do pé.....	15
Quadro 4. Orçamento	19
Quadro 5. Actividades a desenvolver.....	21

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos inquiridos relativamente à prática da autovigilância	12
---	----

INTRODUÇÃO

No desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde - Porto, e no âmbito da unidade curricular Estágio (Módulo II) coordenada pela Professora Norminda Magalhães, foi-nos solicitado a elaboração de um documento escrito, mais concretamente um projecto, e que servisse como um meio de nortear a nosso estágio (*Anexo I*).

A Diabetes é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. Tais factos, colocam a Diabetes como um dos problemas de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total ou parcial durante o século XXI.

O Programa Nacional de Prevenção da Diabetes formula como objectivos fundamentais a redução da prevalência da diabetes, o retardar do início das complicações maiores e a redução da sua incidência. Em consequência, reduzir a mortalidade e morbilidade, perspectivando-se uma melhor qualidade de vida dos portadores desta doença.

Aproximadamente 40% dos indivíduos diabéticos podem desenvolver posteriormente complicações tardias da sua doença. Estas evoluem de uma forma silenciosa, estando muitas vezes já instaladas aquando da sua detecção. Actualmente é possível diminuir os seus danos através de um controlo rigoroso da glicémia, da tensão arterial e dos lípidos, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis.

O Pé Diabético é uma das complicações mais graves da Diabetes *Mellitus*, sendo o principal motivo de ocupação de camas hospitalares pelos diabéticos, e o responsável por 40% a 60% de todas as amputações efectuadas por causas não traumáticas.

Este estágio tem como objectivo implementar um projecto de intervenção Comunitária de forma a dar respostas as necessidades da população levantadas no Diagnóstico de Situação, subordinado ao tema Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância nos utentes diabéticos do Centro de Saúde Vila Real I (CSVRI), realizado no módulo I. O projecto de Intervenção vai decorrer em articulação com o projecto da colega de

estágio, Sr^a Enfermeira Vanessa Monteiro, uma vez que no módulo anterior nos debruçamos e empenhamos num objectivo comum e, por outro lado, emerge um sentimento de complementaridade e funcionalidade dos projectos, com o intuito de dar resposta de uma forma adequada, satisfatória e pragmática das necessidades da população na procura da obtenção de um bem-estar de saúde.

O presente documento tem como objectivo geral servir como um guia orientador durante este estágio (módulo II), sendo que para tal irão ser enumerados os objectivos por mim traçados, bem como as actividades para a concretização dos mesmos objectivos.

Prevejo encontrar algumas dificuldades na elaboração deste documento, nomeadamente, no que concerne à organização e sistematização das ideias. É importante salientar que este projecto poderá ser sujeito a reformulações e/ou alterações, de acordo com a disponibilidade do serviço, da população e dos novos contextos de saúde, nomeadamente a Gripe H1N1.

Como recursos utilizarei a pesquisa bibliográfica que fui fazendo ao longo da frequência do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, assim como os subsídios das aulas de Enfermagem Comunitária I, Enfermagem Comunitária II, Planeamento em Saúde, assim como, as anotações e considerações que obtive com a Enfermeira Chefe do CSVRI (Enf^a Ana Ribeiro) e Enfermeira Orientadora (Enf^a Dulce Martins), que em muito contribuíram para o rumo deste documento, assim como, para a motivação com que um aluno deve “abraçar” a comunidade.

1. DESIGNAÇÃO DO PROJECTO

A temática escolhida para este projecto de intervenção será: “*Pés+ cuidados: Programa Educacional para Pessoas com Diabetes Tipo2*”. Este tema procura transmitir a filosofia deste programa, baseado na escolha informada, no desenvolvimento de habilidades e competências, destacando a importância da autovigilância do pé no quotidiano do utente diabético.

2. FUNDAMENTAÇÃO/JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO

A Adesão ao Regime Terapêutico (ART) tem merecido crescente interesse por parte de toda a comunidade científica, pela sua enorme importância na saúde do indivíduo. No entanto, estima-se que nos países desenvolvidos, só 50% dos doentes portadores de doença crónica aderem às recomendações terapêuticas (WHO, 2003).

Tendo em conta a educação terapêutica preconizada para a pessoa diabética, podemos destacar três focos de atenção em enfermagem de que trata este diagnóstico de saúde: a ART, Gestão do Regime Terapêutico (GRT) e Autovigilância.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2000, p. 28)¹ define a adesão ao Regime Terapêutico como “...*um tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante*”, o que implica o conhecimento necessário para a gestão da doença.

A ART situa-se num nível taxonómico inferior ao da GRT, que é “*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*

¹ Apesar da existência da versão 1 da CIPE (mais actual) na nossa prática, usamos a Versão Beta 2 que é a disponibilizada no aplicativo SAPE.

actividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária” (CIE, 2000, p. 28).

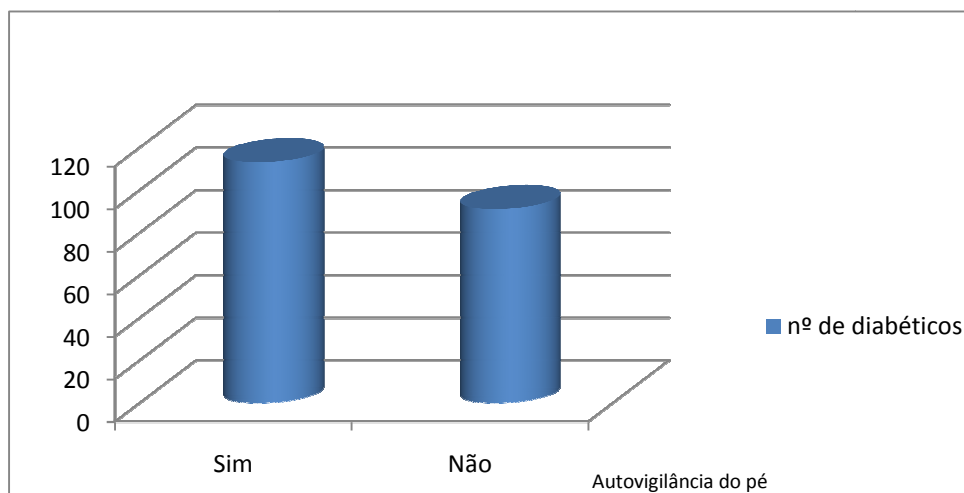
A Autovigilância é “*um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: desempenhar actividades de auto-observação para evitar factores de risco ou para identificar sinais precoces de problemas de saúde ou doenças” (CIE, 2000, p. 51).*

Atendendo aos resultados obtidos no Diagnóstico de Situação, a autovigilância, nomeadamente a autovigilância do pé, é um comportamento que não se encontra enraizado na população (comportamento inadequado), como comprovam os resultados abaixo representados:

Quadro 1. Distribuição dos inquiridos relativamente à prática da autovigilância

Autovigilância do pé	Nº	%
Sim	113	55,4
Não	91	44,6

Gráfico 1. Distribuição dos inquiridos relativamente à prática da autovigilância do pé



Quadro 2. Distribuição dos inquiridos por comportamentos de autovigilância do pé

	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Inspecciona diariamente os pés, incluindo a área entre os dedos ou caso não consiga fazê-lo tem alguém que o faça	114	55,9	90	44,1
Lava regularmente os pés e seca-os cuidadosamente, especialmente entre os dedos	162	79,4	42	20,6
Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene	88	43,1	116	56,9
Anda descalço	16	7,8	188	92,2
Calça sapatos sem meias	63	30,9	141	69,1
Utiliza calcidas	13	6,4	191	93,6
Aplica óleo ou lubrificantes entre os dedos	33	16,2	171	83,8
Aplica creme nos pés	81	39,7	123	60,3
Muda diariamente as meias	133	65,2	71	34,8
Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura	46	22,5	158	77,5
Utiliza meias de cor clara	45	22,1	159	77,9
Corta as unhas a direito	69	33,8	135	66,2
Lima as unhas com lima de cartão	35	17,2	169	82,8
Inspecciona o interior dos sapatos antes de os calçar	94	45,1	110	53,9
Exame regular do pé por um profissional de saúde	44	21,6	160	78,4

Da análise dos dados relativos à autovigilância do pé, 113 (55,4%) participantes referiram ter este cuidado, apresentando uma média de vigilância semanal de 4,9 vezes, com um desvio padrão de 2,56 e mediana 7. Mais de metade da amostra, 59 (52,2%) participantes referiram fazer autovigilância do pé 7 vezes por semana e 21 (18,6%) participantes 3 vezes por semana, apenas 15 (13,3%) participantes fazem uma vez por semana.

Existem 91 (44,6%) inquiridos que não procedem à autovigilância do pé, tendo verbalizado alguns motivos e dificuldades: não sabem avaliar, ninguém os alertou, falta de tempo, não consideram importante, necessitam de ajuda que não têm, falta de motivação, doença silenciosa.

Dentro dos comportamentos adequados na autovigilância do pé, podemos destacar que 114 (55,9%) pessoas inspeccionavam diariamente os pés; 162 (79,4%) lavavam regularmente os pés e secavam-nos cuidadosamente, especialmente entre os dedos; 188 (92,2%) adoptavam um comportamento adequado ao não andarem descalços; 141

(69,1%) tinham um comportamento adequado, no sentido em que não calçavam sapatos sem meias; 191 (93,6%) apresentavam comportamentos adequados ao não usarem calçadas; e 133 (65,2%) pessoas referiram comportamentos adequados ao mudarem diariamente as meias;

No que toca aos comportamentos inadequados, podemos salientar que 116 (56,9%) pessoas não verificavam a temperatura da água antes dos cuidados de higiene; 171 (83,8%) referiram aplicar óleo ou lubrificantes entre os dedos; 123 (60,3%) afirmaram não colocar creme nos pés; 158 (77,5%) verbalizaram não utilizar meias com a costura para fora ou sem costura; 159 (77,9%) disseram não usar meias de cor clara; 135 (66,2%) assumiram não cortar as unhas a direito; 169 referiram não limar as unhas com lima de cartão; e 110 (53,9%) pessoas afirmaram não inspeccionar o interior dos sapatos antes de os calçar.

Da análise dos dados ressalta que 160 (78,4%) pessoas referiram que o pé não era examinado regularmente por um profissional de saúde.

Do exame do pé ressalta que a maioria (139 - 68,1%) apresentava calçado adequado; apresentavam deformidades ou proeminências ósseas 75 (36,8%) pessoas; o pulso pedioso encontrava-se presente e normal em 141 (69,1%) pessoas, presente e diminuído em 65 (27%) e ausente em 8 (3,9%) pessoas; sensibilidade táctil fina conservada em 151 (74%) pessoas, diminuída em 33 (16,2%) e ausente em 20 (9,8%) pessoas.

A temperatura do pé estava normal em 180 (88,2%) pessoas, aumentada em 4 (2%) e diminuída em 20 (9,8%) pessoas; a coloração do pé encontrava-se normal em 164 (80,4%) e alterada em 40 (19,6%) pessoas; relativamente à presença de queratoses, verificou-se esta situação em 114 (55,9%) pessoas; no que toca à presença de micoses, constatou-se esta situação em 139 (68,1%) pessoas; apresentavam 37 (18,1%) pessoas perda de mobilidade articular; 20 (9,8%) pessoas referiram úlcera anterior; apenas 5 (2,5%) pessoas referiram ter sido alvo de amputação.

Apoiado nos resultados obtidos, posso constatar que o apoio primário do diabético passa pelo *empowerment* e desenvolvimento da capacidade de identificação de situações e/ou acção profilática de complicações, através da autovigilância do pé.

Segundo Serra (2008, p. 12) “...é incontornável que a quebra nas amputações depende da informação sobre profilaxia dada ao doente, da detecção do pé em risco e do controlo oportuno das suas complicações iniciais”.

O objectivo final de qualquer cuidado com o pé diabético é a diminuição do número de amputações permanecendo o doente activo. A tarefa diária de uma consulta de ambulatório é a profilaxia das complicações que conduzem à catástrofe da amputação. Os principais recursos para tal finalidade são o exame do pé e a educação do diabético.

Neste caso, o Exame do Pé surge como o primeiro factor para reduzir as amputações, através de uma observação sistematizada dos pés, por forma a detectar lesões de risco (Serra, 2008).

A educação do diabético, aparece como o segundo ponto principal na profilaxia das complicações, apresenta-se como uma tarefa difícil, pois exige a percepção das necessidades e limitações da população (Serra, 2008).

Ainda no âmbito do Diagnóstico de Situação, foi realizada a monitorização do pé do utente diabético, com avaliação dos parâmetros mencionados no quadro 3.

Quadro 3. Distribuição dos inquiridos relativamente ao exame do pé

		Nº	%
Calçado inadequado	Sim	65	31,9
	Não	139	68,1
Deformação ou proeminência óssea	Sim	75	36,8
	Não	129	63,2
Pulso pedioso	Presente e Normal	141	69,1
	Presente e Diminuído	55	27,0
	Ausente	8	3,9
Sensibilidade Táctil Fina	Conservada	151	74,0
	Diminuída	33	16,2
	Ausente	20	9,8
Temperatura do pé	Normal	180	88,2
	Aumentada	4	2
	Diminuída	20	9,8
Coloração	Normal	164	80,4
	Alterada	40	19,6
Queratoses	Presentes	114	55,9
	Ausentes	90	44,1
Micoses	Presentes	139	68,1
	Ausentes	65	31,9
Perda da mobilidade articular	Sim	37	18,1
	Não	167	81,9
Úlcera anterior	Sim	20	9,8
	Não	184	90,2
Amputação	Sim	5	2,5
	Não	199	97,5

É notória a prática de comportamentos inadequados nos cuidados com os pés. A salientar: não verificavam a temperatura da água antes dos cuidados de higiene (56,9%); referiram aplicar óleo ou lubrificantes entre os dedos (83,8 %); não hidratavam os pés (60,3%); não utilizavam meias com a costura para fora ou sem costura (77,5%); não usavam meias de cor clara (77,9%); não cortavam as unhas a direito (66,2%), não as limavam com lima de cartão (82,8%) e não inspeccionavam o interior dos sapatos antes de os calçar (53,9%). Da análise dos dados, ressalta que 160 (78,4%) pessoas referiram que o pé não é examinado regularmente por um profissional de saúde.

3. DESCRIÇÃO DO PROJECTO

3.1. Responsáveis e Entidades Intervenientes

O Responsável pelo projecto e pela execução do mesmo será o Enfermeiro Jóni Madureira, aluno do Curso de Pós-especialização em Enfermagem Comunitária. Os Responsáveis pela Coordenação serão a Sr^a Professora Norminda Magalhães, a Sr^a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Dulce Martins.

3.2. População Alvo

A população-alvo deste projecto é os diabéticos tipo 2 inscritos no Programa de saúde “Grupo de Risco: Diabéticos” no CSVRI. A referenciação será feita pelo Enfermeiro e Médico de Família de acordo com as necessidades encontradas e que se enquadrem no projecto de intervenção a aplicar.

3.3. Tempo Previsto

A implementação deste projecto, assim como a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem comunitária decorrerá no período de 6 de Outubro a 27 de Novembro de 2009, durante o Módulo II da Unidade Curricular Estágio.

4. OBJECTIVOS

Os objectivos formulados procuram transmitir comportamentos e efeitos desejados para a população alvo.

4.1. Objectivos Gerais

- Sensibilizar os diabéticos tipo 2 inscritos no CSVRI para a importância da autovigilância do pé no diabético;
- Promover hábitos de autovigilância do pé;
- Melhorar as competências na gestão da diabetes ao nível da autovigilância do pé.

4.2. Objectivos Específicos

- Reconhecer a importância da autovigilância do pé para as pessoas com diabetes;
- Adquirir conhecimentos sobre a autovigilância do pé;
- Adquirir habilidades para o autocuidado do pé.
- Enumerar complicações do pé diabético.

4.3. Objectivos Operacionais/Metas

Os objectivos operacionais/metaspossibilitam a gestão realista do projecto. Foram definidas as seguintes metas:

- Que 50% dos diabéticos tipo 2 que participem no projecto manifestem conhecimentos sobre a importância da autovigilância do pé para as pessoas com diabetes;

- Que 50% dos diabéticos tipo 2 a frequentar o programa educacional identifiquem os comportamentos adequados relativamente à autovigilância do pé;
- Que 40% dos diabéticos demonstrem adesão a todas as actividades do programa.

5. PREVISÃO DE RECURSOS

A previsão de recursos assume um papel preponderante e indispensável na consecução de um projecto, pelo que seguidamente descreverei os recursos humanos, materiais e económicos implicados.

5.1. Recursos Humanos

Um projecto implica o envolvimento e colaboração de várias pessoas, para além do responsável do projecto e de execução (Jóni Madureira):

- Enfermeira a frequentar a pós-licenciatura e Mestrado em Saúde Comunitária – Vanessa Monteiro;
- Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, do CSVRI – Dulce Martins;

5.2. Recursos Materiais

Pensamos englobar os seguintes recursos materiais:

- Projector multimédia;
- Computador portátil;
- Cartazes e folhetos de informação e divulgação;
- Diversos materiais didácticos relacionados com a autovigilância e autocuidado do pé;

- Espaço físico para desenvolver as actividades planeadas;

5.3. Recursos Económicos

O planeamento dos recursos económicos existentes permite perceber se o projecto é aplicável do ponto de vista económico. Deste modo, procuraremos obter subsídios junto de instituições locais, como, Juntas de Freguesia, Câmara Municipal de Vila Real ou instituições que manifestem interesse em apoiar a temática da Diabetes.

Quadro 4. Orçamento

Recursos	Orçamento (€)
Folhetos e cartazes	60
Projector multimédia	Existente no Centro de Saúde
Computador portátil	Existente no Centro de Saúde
Papel	10
Telefone	10
Enfermeiros	0
Total	80

6. CONDICIONANTES DE REALIZAÇÃO

Para a concretização deste projecto é importante atender a possíveis condicionantes de realização do projecto.

Neste sentido, o factor tempo será o maior condicionante, dado o curto espaço de tempo de estágio (06 de Outubro a 27 de Novembro de 2009) para implementação do projecto e alcance dos objectivos preconizados para a aquisição e desenvolvimento das competências em enfermagem comunitária. Outro factor que poderá condicionar a implementação do projecto será a disponibilidade e motivação da população.

7. METODOLOGIA

Como refere Trujilio, cit. por Lakatos e Marconi (1991, p. 39), “*o método é uma forma de proceder ao longo de um caminho. Na ciência os métodos constituem os instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento e sistemas, traçam de modo ordenado uma forma de proceder ao longo de um percurso para alcançar um objectivo*”.

Neste sentido, a definição de estratégias e actividades surgem como um pêndulo na procura incessante do sucesso em obter os objectivos traçados.

7.1. Estratégias de Intervenção

Face às condicionantes de realização passamos a elencar algumas estratégias para ultrapassar os obstáculos:

- Divulgação junto da equipa multidisciplinar dos resultados do diagnóstico de saúde;
- Apresentação do projecto de intervenção e seus objectivos, envolvimento de todos os profissionais no sentido de colaborarem com as actividades (referenciação de utentes);
- Angariação de patrocinadores para as actividades;
- Promoção das actividades através de cartazes e folhetos realizados para o efeito e contactos telefónicos regulares para relembrar as datas das actividades.

7.2. Actividades a desenvolver

Quadro 5. Actividades a desenvolver

Actividades	Quando	Onde	Como
Apresentação do diagnóstico de saúde à equipa de saúde e promoção do projecto “Pés+Saúde”	Data e hora a combinar, mediante conveniência do serviço	Biblioteca do CSVRI	30` de exposição oral dos resultados e motivação para a referência para o projecto e 30` de discussão de resultados
Realização do Projecto Pés+Saúde	19/10/2009 a 25/11/2009	Local a combinar com os participantes	Sessões teórico práticas com semanais com duração de 2 horas.

O projecto Educacional para pessoas com diabetes tipo 2 “Pés+Cuidados” será realizado em estreita colaboração com a Enfermeira Vanessa Monteiro que desenvolverá o projecto “P’RÓ ACTIVO” com a mesma população alvo. Serão desenvolvidas 6 Sessões em colaboração com a colega e com um licenciado em Educação Física e Desporto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. As sessões serão semanais e terão a duração estimada de duas horas teórico-práticas, de forma a criar empatia entre os participantes, rotinas consolidadas e interligação entre as temáticas. Será constituído um grupo de 8 pessoas com Diabetes *Melittus* Tipo 2 que aceitem participar de forma livre, esclarecida e voluntária no programa. Menos do que este número poderá condicionar a partilha de experiências.

Para a realização deste projecto procedeu-se à elaboração de um cronograma de actividades (*Anexo II*), que nos permitiu uma melhor organização dos recursos de tempo.

8. VALIDADE E INDICADORES

É importante reflectir sobre a importância e pragmatismo das actividades. Desta forma, uma avaliação adequada e controlo dos objectivos, permite perceber a evolução dos resultados em função do estágio inicial e final da população alvo (Tavares, 1990).

Portanto, a observação do interesse dos participantes e do seu feedback no final das sessões será útil na avaliação, bem como a aplicação de dois tipos de indicadores: de resultado ou de impacto (que medem o estado de saúde) e de actividade ou execução (medem a prestação de cuidados de saúde).

8.1. Indicadores de resultado

Os indicadores definidos estão relacionados com os conhecimentos sobre autovigilância e autocuidado do pé e diabetes, designadamente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que demonstra conhecimentos sobre a importância da autovigilância do pé na diabetes}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que realiza a autovigilância do pé}}{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa no projecto educacional}} \times 10^n$$

8.2. Indicadores de Actividade

Procuram avaliar a adesão ao programa educacional, nomeadamente:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos que participa em todas as actividades do programa educacional}}{\text{N}^\circ \text{ total de diabéticos referenciados para o programa}} \times 10^n$$

A implementação deste projecto de intervenção comunitária visa contribuir para uma autovigilância do pé adequada, assim como, para uma gestão eficaz do regime terapêutico.

9. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

De acordo com o Guia de Estágio (2009), para além da implementação de um projecto de intervenção existem outros objectivos transversais a todos os Módulos. Desta forma, no decorrer do estágio (módulo II) procuraremos dar resposta a esses objectivos

delineados inicialmente no sentido de desenvolver e aperfeiçoar competências no âmbito da Enfermagem Comunitária. Estaremos atentos e receptivos a qualquer solicitação da Comunidade que for surgindo em paralelo com a realização do Projecto Educacional.

10. NOTA FINAL

A elaboração deste documento constituiu um desafio, tendo sido atingido o objectivo traçado inicialmente.

Desta forma, considero-o como um guia orientador e facilitador do percurso que irei traçar durante o Estágio (módulo II), não esquecendo nunca que um projecto não é algo estático e poderá ser alterado durante o percurso, de acordo com a disponibilidade do serviço, da população, dos novos contextos de saúde (Gripe H1N1) e de acordo com os desafios/necessidades emergentes da população.

A redacção deste projecto permitiu o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo sobre a prática profissional de Enfermagem e assim percepcionar quais os pontos positivos e pontos negativos relacionadas com a temática, permitindo uma modificação dos pontos que consideramos pertinentes para atingir as boas práticas de Enfermagem.

Considero que as estratégias usadas para a elaboração deste documento foram adequadas, sendo que as dificuldades inicialmente identificadas foram ultrapassadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*, 8ª ed. Universidade Católica Portuguesa, 2006.

GALEGO, Maria Rosa – *Diabetes em cuidados de saúde primários*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. ISSN 0870-9025. Volume temático 2 (2001), p. 95-100.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – *Metodologia científica*. 2ª ed. rev. e amp. São Paulo: Atlas, 1991. 249p. ISBN 85-224-0601-4.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – *Técnicas de pesquisa*. 2ª ed. rev. e amp. São Paulo: Atlas, 1992. 231p. ISBN 85-224-0601-4.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: DGS, 2004. ISBN 972-675-110-1. 2 vol.

PORTUGAL. Direcção-Geral Da Saúde – *Circular Normativa n.º 23/DSCP/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Diabetes Mellitus*. Lisboa: DGS (14-11-07).

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde – *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional*. 2007.

SERRA, Maria Beatriz Lage – *Funcionamento de uma consulta externa*. In: SERRA, Luis M. Alvim – *Pé diabético: manual para a prevenção da catástrofe*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, cop. 2008. ISBN 978-972-757-509-1. p. 1-30.

TAVARES, António Manuel Barata – *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1990. 23p. (Cadernos de formação; 2).

www.mesp.min-saude.pt. Acedido em 11 de Outubro de 2009.

ANEXO I

Cronograma Geral do Estágio



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA / PORTUGAL
Instituto de Ciências da Saúde

MESTRADOS EM ENFERMAGEM
Cursos Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária

2º CURSO Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (2008,2010)

1º curso	2008												2010																				
	3º semestre						3º semestre						3º semestre						3º semestre														
	Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho														
sem																																	
Mês																																	
2ª feira	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23												
3ª feira	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24												
4ª feira	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25												
5ª feira	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26												
6ª feira	0	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27												
Sábado	1	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28												

h/sem 24 360
média de 24h/semana

2º CURSO DC Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária (2000,2010)

2º curso	2008												2009																											
	1º semestre						1º semestre						2º semestre						2º semestre																					
	Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho																					
sem																																								
Mês																																								
2ª feira	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27		
3ª feira	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28		
4ª feira	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	8	15	22	29		
5ª feira	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29
6ª feira	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31
Sábado	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	

h/sem 16 188
devidem ser leccionadas 168 horas

devidem ser leccionadas 120
1 módulo Estágio - 180 h

ANEXO II

Cronograma do Projecto de Estágio

Cronograma do Projecto

Módulo II

Mês	Outubro				Novembro			
Actividades	5-11	12-18	19-25	26-31	1-8	9-15	16-22	23-30
Aquisição e desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária								
Apresentação do diagnóstico de saúde à equipa de saúde e promoção do projecto “Pés+ cuidados”								
Realização do Projecto Pés+ Cuidados								

ANEXO III

À Descoberta da Diabetes



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

À DESCOBERTA DA DIABETES

PLANEAMENTO DE:
SESSÃO LECTIVA

“À descoberta da diabetes: diagnóstico de saúde”

Data: 22-10-2009

Alunos:
Jóni Madureira
Vanessa Monteiro

SESSÃO LECTIVA

I - PLANEAMENTO

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO (caracterização do grupo)

Grupo constituído pela equipa de Enfermagem do CS Vila Real I (24 enfermeiros).

2. ESCOLHA DO TEMA

No decurso do primeiro módulo foi produzido um diagnóstico de saúde relativo à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, tendo como população alvo os utentes inscritos no Centro de Saúde Vila Real I, no programa de saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Foram definidas prioridades tendo em conta o horizonte do plano e a área de programação, tendo emergido como áreas prioritárias a promoção da actividade física e a autovigilância do pé nas pessoas com diabetes tipo 2. Neste sentido, surgiu a necessidade de apresentar os resultados do diagnóstico de saúde à Equipa de Enfermagem e promover o projecto de intervenção, daí a escolha do tema: **“À descoberta da diabetes: diagnóstico de saúde”**.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS (do formador)

Com esta sessão pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Comunicar as conclusões do diagnóstico de saúde à Equipa de Enfermagem, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Reflectir na e sobre a prática de Enfermagem, de forma crítica;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.
- Sensibilizar os Enfermeiros para os problemas emergentes do diagnóstico de Situação;
- Divulgar os Projectos de Intervenção.

4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

Seleccionámos os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

1. A Diabetes em Portugal
 - 1.1. Metas Preventivas e Terapêuticas Orientadoras
2. Educação Terapêutica na Diabetes
3. População Alvo/Amostra
4. Objectivos do Diagnóstico de Saúde
5. Principais Resultados
 - 5.1. Caracterização da amostra
 - 5.2. Acompanhamento do Centro de Saúde
 - 5.3. Adesão à Vacinação
 - 5.4. Hábitos Alimentares
 - 5.5. Exercício Físico
 - 5.6. Regime medicamentoso
 - 5.7. Vigilância da glicemia capilar
 - 5.8. Vigilância do pé
 - 5.9. Controlo Glicémico
 - 5.10. Índice de Massa Corporal (IMC)
 - 5.11. Exame do pé
6. Prioridades definidas

5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)

Metodologia expositiva-participativa, com recurso a projector multimédia, folhas de papel e canetas.

6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo espaço)

As actividades decorrerão na biblioteca do Centro de Saúde de Vila Real I, dia 16 de Outubro de 2009 às 16.00 horas.

7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Feedback dado pela observação directa da população alvo, do feedback dado durante a sessão e aplicação de um questionário no final da sessão.

II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A execução e avaliação serão realizadas pelos alunos Jóni Madureira e Vanessa Monteiro.

Plano da Sessão

Formador: Jóni Madureira e Vanessa Monteiro	Grupo Destinatário: Equipa de Enfermagem CS Vila Real I
Tema: “À descoberta da diabetes: diagnóstico de saúde”	Local: Biblioteca do CS Vila Real I
Tempo: 60’	Data: 22-10-2009
	Hora: 16.00 horas

OBJECTIVOS:

Pretende-se que os Profissionais de Saúde sejam capazes de:

- Identificar os problemas emergentes do diagnóstico de saúde;
- Reflectir acerca dos cuidados de saúde prestados no CS Vila Real I às pessoas com diabetes
- Referenciar os utentes para o projecto educacional para pessoas com diabetes tipo 2.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	10’	- Enquadramento do tema. - Motivação. - Apresentação dos objectivos, metodologia e sumário	Método expositivo-participativo PowerPoint	Avaliação através de conversa informal
Desenvolvimento	40’	1. A Diabetes em Portugal 1.1. Metas Preventivas e Terapêuticas Orientadoras 2. Educação Terapêutica na Diabetes 3. População Alvo/Amostra 4. Objectivos do Diagnóstico de Saúde 5. Principais Resultados 5.1. Caracterização da amostra 5.2. Acompanhamento do Centro de Saúde 5.3. Adesão à Vacinação 5.4. Hábitos Alimentares 5.5. Exercício Físico 5.6. Regime medicamentoso 5.7. Vigilância da glicemia capilar 5.8. Vigilância do pé 5.9. Controlo Glicémico 5.10. Índice de Massa Corporal (IMC) 5.11. Exame do pé 6. Prioridades definidas	Método expositivo-participativo PowerPoint	Feedback dado pela população – alvo, observação directa
Conclusão	10’	Síntese das principais ideias	Método participativo	Preenchimento de questionário

ANEXO IV

Sessão 1 “Vamos Começar”



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projecto Pés+Cuidados

PLANEAMENTO DE:
SESSÃO LECTIVA

Sessão 1 “Vamos Começar!”

Data: 09-11-2009

Alunos:
Jóni Madureira
Vanessa Monteiro

SESSÃO LECTIVA

I - PLANEAMENTO

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO (caracterização do grupo)

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de ± 6.55 anos. Relativamente ao sexo, 5 (45%) eram homens e 6 (55%) eram mulheres. Dos participantes, 9 (82%) eram casados, 1 (9%) era viúvo e 1 (9%) era divorciado. Quanto à escolaridade, 2 (18%) sabiam ler e escrever, 6 (53%) afirmaram ter concluído o 1º ciclo do ensino básico, o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 (9%) pessoa em cada categoria, respectivamente. A profissão predominante era a de doméstica, ocupando 5 (46%) mulheres. Havia, 2 (18%) empresários, 2 (18%) empregados da construção civil, 1 (9%) carpinteiro e 1 (9%) professor do ensino secundário.

2. ESCOLHA DO TEMA

No decurso do primeiro módulo foi produzido um diagnóstico de saúde relativo à Adesão/Gestão do Regime Terapêutico e Autovigilância na Diabetes, tendo como população alvo os utentes inscritos no Centro de Saúde Vila Real I, no programa de saúde “Grupo de Risco: Diabetes” do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Foram definidas prioridades tendo em conta o horizonte do plano e a área de programação, tendo emergido como área prioritária a promoção da actividade física nas pessoas com diabetes tipo 2. Neste sentido, a Sessão 1 é uma sessão genérica de título “*Vamos Começar!*”.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS (do formador)

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Incentivar os diabéticos tipo 2 inscritos no CS Vila Real I para aderirem ao Projecto;
- Avaliar tensão arterial, peso, altura, IMC e glicemia capilar e perímetro abdominal a todos os participantes;

- Promover a coesão grupal;
- Abordar aspectos relacionados com a diabetes, complicações e regime medicamentoso;
- Sensibilizar os participantes para a importância de um peso saudável.

4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

Seleccionámos os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

1. A Diabetes
2. Complicações agudas
 - 2.1. Hipoglicemia
3. Complicações crónicas da Diabetes
4. Tratamento da Diabetes tipo 2
5. Projectos
 - 5.1. P'ró Activo
 - 5.2. Pés + Cuidados

5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)

Metodologia expositiva - participativa, com recurso a projector multimédia, folhas de papel e canetas.

6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo espaço)

A actividade decorrerá na biblioteca do C.S. Vila Real I, dia 9 de Novembro de 2009 das 15 às 16h30.

7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Feedback dado pela observação directa da população alvo, do feedback dado durante a sessão.

II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A execução e avaliação serão realizadas pelos alunos Jóni Madureira e Vanessa Monteiro.

Plano da Sessão

Formador: Jóni Madureira e Vanessa Monteiro Tema: “Vamos começar!” Tempo: 90’	Grupo Destinatário: Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes) Local: Biblioteca do CS Vila Real I Data: 09-11-2009 Hora: 15.00 horas
--	--

OBJECTIVOS:

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo2 sejam capazes de:

- Definir o que é a diabetes;
- Referir as complicações agudas e crónicas da diabetes;
- Conhecer os tratamentos para a Diabetes;
- Referir a importância de um peso saudável.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AValiação
Introdução	25’	- Apresentação dos participantes - Avaliação da tensão arterial, peso, altura, IMC e glicemia capilar e alerta para a meta peso saudável. - Enquadramento do tema. - Motivação.	Jogo “passa a bola”, sendo pedido a cada participante que se apresente dizendo o nome e actividades lúdicas/passatempos. Individualmente preenche-se um livro do participante, onde se registam os valores e conversa-se sobre os objectivos terapêuticos. Método expositivo-participativo	Avaliação através de conversa informal
Desenvolvimento	50’	1. O que é a Diabetes? 2. Complicações agudas 2.1. Hipoglicemia 3. Complicações crónicas da Diabetes 4. Tratamento da Diabetes tipo 2 5. Projectos 5.1. Pro` Activo 5.2. Pés + Cuidados	Método expositivo e participativo PowerPoint	Feedback dado pela população-alvo; - observação directa
Conclusão	15’	Síntese das principais ideias Material necessário para a sessão 2.	Método participativo Lanche saudável Pede-se aos participantes para trazerem para a próxima sessão os glucómetros para autovigilância.	Feedback dado pela população-alvo - observação directa

ANEXO V

Sessão 4 “ Pensar os Alimentos”



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projecto Pós+Cuidados

PLANEAMENTO DE:
SESSÃO LECTIVA

Sessão 4 "Pensar os Alimentos"

Data: 16-11-2009

Alunos:
Jóni Madureira
Vanessa Monteiro

SESSÃO LECTIVA

I - PLANEAMENTO

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO (caracterização do grupo)

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de ± 6.55 anos. Relativamente ao sexo, 5 (45%) eram homens e 6 (55%) eram mulheres. Dos participantes, 9 (82%) eram casados, 1 (9%) era viúvo e 1 (9%) era divorciado. Quanto à escolaridade, 2 (18%) sabiam ler e escrever, 6 (53%), afirmaram ter concluído o 1º ciclo do ensino básico; o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 (9%) pessoa em cada categoria, respectivamente. A profissão predominante era a de doméstica, ocupando 5 (46%) mulheres. Havia 2 (18%) empresários, 2 (18%) empregados da construção civil, 1 (9%) carpinteiro e 1 (9%) professor do ensino secundário.

2. ESCOLHA DO TEMA

O tema desta sessão “**Pensar os alimentos**” surgiu a pedido dos participantes. Na sessão 2 sugeriram englobar no projecto uma sessão dedicada à temática do regime alimentar. Neste sentido, em resposta a esta necessidade manifestada pelos participantes planeámos uma sessão interactiva.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS (do formador)

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Transmitir conhecimentos sobre hábitos alimentares saudáveis;
- Demonstrar porções e equivalências entre hidratos de carbono.

4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

Selecionei os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

- Regras para praticar uma alimentação saudável: a nova roda dos alimentos;
- Hidratos de carbono simples e complexos;
- Porções e equivalências entre hidratos de carbono;
- Culinária saudável;
- Sopa;
- Consumo de sal;
- Bebidas alcoólicas;
- Adoçantes e produtos “especiais para diabéticos”.

5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)

Metodologia expositiva - participativa, com recurso a material para demonstração (produtos alimentares diversos, pratos, copos, chávenas, tigelas, colheres de diferentes medidas) e folhetos para consulta em casa.

7. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo espaço)

Esta sessão irá decorrer na Biblioteca do CS Vila Real I das 15 às 16 horas.

8. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Feedback dado pela observação directa da população alvo e feedback dado durante a sessão.

II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Plano da Sessão

Formador: Jóni e Vanessa Tema: “Pensar os alimentos” Tempo: 60’	Grupo Destinatário: Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes) Local: Biblioteca do Centro de Saúde Data: 16-11-2009 Hora: 15.00 horas
--	---

OBJECTIVOS:

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo2 sejam capazes de:

- Optar por refeições saudáveis;
- Conhecer porções e equivalências entre hidratos de carbono;
- Identificar estratégias para reduzir o consumo de sal.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	15’	- Autovigilância da glicemia e pesquisa de corpos cetónicos. - Enquadramento da sessão. - Motivação.	- Pedir a cada participante que proceda à autovigilância da glicemia. Método expositivo - participativo	Avaliação através de conversa informal
Desenvolvimento	30’	- Regras para praticar uma alimentação saudável: a nova roda dos alimentos; - Hidratos de carbono simples e complexos; - Porções e equivalências entre hidratos de carbono; - Culinária saudável; - Sopa; - Consumo de sal; - Bebidas alcoólicas - Adoçantes e produtos “especiais para diabéticos”	- Fornecer aos participantes um folheto com a nova roda dos alimentos e promover o debate em torno dos grupos da roda: alimentos que fazem parte da roda e que não fazem parte, periodicidade de ingestão. - conversar sobre os diferentes modos de cozinhar, estratégias para reduzir o consumo de sal, bebidas alcoólicas, produtos especiais para diabéticos. - Demonstração das porções e equivalências.	Feedback dado pela população alvo- observação directa
Conclusão	15’	Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Lanche saudável	Método participativo Proporcionar um lanche saudável aos participantes no final da sessão.	Feedback dado pela população-alvo; observação directa

ANEXO VI

Sessão 5 “Pé Diabético”



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projecto Pés+Cuidados

PLANEAMENTO DE:
SESSÃO LECTIVA

Sessão 5 "Pé Diabético"

Data: 17-11-2009

Aluno:
Jóni Madureira

SESSÃO LECTIVA

I - PLANEAMENTO

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO (caracterização do grupo)

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de ± 6.55 anos. Relativamente ao sexo, 5 (45%) eram homens e 6 (55%) eram mulheres. Dos participantes, 9 (82%) eram casados, 1 (9%) era viúvo e 1 (9%) divorciado. Quanto à escolaridade, 2 (18%) sabiam ler e escrever, 6 (53%) afirmaram ter concluído o 1º ciclo do ensino básico, o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 (9%) pessoa em cada categoria, respectivamente. A profissão predominante era a de doméstica, ocupando 5 (46%) mulheres. Havia 2 (18%) empresários, 2 (18%) empregados da construção civil, 1 (9%) carpinteiro e 1 (9%) professor do ensino secundário.

2. ESCOLHA DO TEMA

O tema desta sessão “**Pé Diabético**” surgiu da importância desta temática no actual contexto do sistema nacional de saúde.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS (do formador)

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Ensinar sobre a importância da autovigilância do pé;
- Ensinar sobre o autocuidado do pé;
- Ensinar sobre complicações do pé diabético;
- Transmitir informação sobre os cuidados de precaução de segurança a ter com os pés.

4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

Selecionei os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

- Autocuidado do pé;
- Autovigilância do pé;
- Complicações da Diabetes;
- Precauções de segurança a ter com os pés;
- Situações de risco para o pé diabético.

5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)

Metodologia expositiva - participativa, com recurso a projector multimédia e fornecimento de material didáctico de leitura para consulta em casa.

6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo espaço)

A actividade decorrerá na Biblioteca do CSVRI, dia 17 de Novembro de 2009 das 15 às 16.00 horas.

7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Feedback dado pela observação directa da população alvo e feedback dado durante a sessão.

II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A execução e avaliação serão realizadas pelo aluno Jóni Madureira.

Plano da Sessão

Formador: Jóni Madureira	Grupo Destinatário: Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes)
Tema: “Pé Diabético”	Local: Biblioteca do CSVRI
Tempo: 60’	Data: 17-11-2009
	Hora: 15.00 horas

OBJECTIVOS:

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo2 sejam capazes de:

- Realizar a autovigilância do pé;
- Conhecer os recursos disponíveis na comunidade;
- Realizar diariamente o autocuidado do pé;
- Adquirir conhecimentos sobre precauções de segurança nos cuidados a ter com os pés.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	15'	- Autovigilância da glicemia e pesquisa de corpos cetónicos. - Enquadramento da sessão. - Motivação.	- Pedir a cada participante que proceda à autovigilância da glicemia. Método expositivo – participativo Brainstorming sobre os cuidados com os pés	Avaliação através de conversa informal
Desenvolvimento	30'	- Autocuidado do pé - Autovigilância do pé - Complicações da Diabetes - Precauções de segurança a ter com os pés. - Situações de risco para o pé diabético	Breve apresentação power point. Partilha de práticas do grupo, com reforço positivo para os comportamentos esperados. - Fornecer aos participantes um folheto com os cuidados a ter com os pés e as complicações dos pés inerentes da diabetes.	Feedback dado pela população alvo - observação directa
Conclusão	15'	Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Lanche saudável	Método participativo Proporcionar um lanche saudável aos participantes no final da sessão.	Feedback dado pela população alvo - observação directa

ANEXO VII

Sessão 6 “ Como Cuidar os Pés”



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projecto Pés+Cuidados

PLANEAMENTO DE:
SESSÃO LECTIVA

Sessão 6 "Como Cuidar os Pés"

Data: 20-11-2009

Aluno:
Jóni Madureira

SESSÃO LECTIVA

I - PLANEAMENTO

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO (caracterização do grupo)

Integraram este grupo 11 pessoas com idades compreendidas entre os 51 e 71 anos, sendo a moda os 66 anos (3 participantes), a média os 61 anos, com um desvio padrão de ± 6.55 anos. Relativamente ao sexo, 5 (45%) eram homens e 6 (55%) eram mulheres. Dos participantes, 9 (82%) eram casados, 1 (9%) era viúvo e 1 (9%) divorciado. Quanto à escolaridade, 2 (18%) sabiam ler e escrever, 6 (53%) afirmaram ter concluído o 1º ciclo do ensino básico, o 2º ciclo, 3º ciclo e ensino superior foram referidos por 1 (9%) pessoa em cada categoria, respectivamente. A profissão predominante era a de doméstica, ocupando 5 (46%) mulheres. Havia 2 (18%) empresários, 2 (18%) empregados da construção civil, 1 (9%) carpinteiro e 1 (9%) professor do ensino secundário.

2. ESCOLHA DO TEMA

O tema desta sessão “Como Cuidar os pés” relaciona-se com a importância dos cuidados aos pés assumem na prevenção das complicações catastróficas do pé diabético.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS (do formador)

Com esta sessão pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área da EEC;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Ensinar, instruir e treinar a autovigilância do pé;
- Ensinar, instruir e treinar o autocuidado do pé;
- Ensinar sobre complicações do pé diabético;
- Transmitir informação sobre os cuidados de precaução de segurança a ter com os pés.

4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

Selecionei os seguintes conteúdos para abordar durante a sessão:

- Autocuidado do pé;
- Autovigilância do pé;
- Complicações da Diabetes;
- Precauções de segurança a ter com os pés;
- Situações de risco para o pé diabético;
- Material para cuidados aos pés.

5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM (metodologia e meios auxiliares)

Metodologia expositiva - participativa, com recurso a projector multimédia e material podológico

6. PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE (tempo espaço)

A actividade decorrerá na Biblioteca do CSVRI, dia 20 de Novembro de 2009 das 15 às 16h00.

7. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Feedback dado pela observação directa da população alvo e feedback dado durante a sessão.

II – EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A execução e avaliação serão realizadas pelo aluno Jóni Madureira.

Plano da Sessão

Formador: Jóni Madureira Tema: “Como Cuidar os pés” Tempo: 60’	Grupo Destinatário: Pessoas com diabetes tipo 2 (11 participantes) Local: Biblioteca do CSVRI Data: 20-11-2009 Hora: 15.00 horas
---	---

OBJECTIVOS:

Pretende-se que as pessoas com diabetes tipo 2 sejam capazes de:

- Realizar a autovigilância do pé;
- Conhecer material podológico importante para os cuidados dos pés;
- Realizar diariamente o autocuidado do pé;
- Conhecer condições de risco para desenvolver complicações do pé diabético;
- Adquirir conhecimentos sobre precauções de segurança nos cuidados a ter com os pés.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
Introdução	15'	- Autovigilância da glicemia - Enquadramento da sessão. - Motivação.	Pedir a cada participante que proceda à autovigilância da glicemia. Método expositivo - participativo	Avaliação através de conversa informal
Desenvolvimento	30'	- Autocuidado do pé - Autovigilância do pé - Complicações da Diabetes - Precauções de segurança a ter com os pés. - Situações de risco para o pé diabético - Material para cuidados aos pés	Breve apresentação power point. Partilha de práticas do grupo, com reforço positivo para os comportamentos esperados. Treinar o autocuidado e autovigilância do pé	Feedback dado pela população alvo- observação directa
Conclusão	15'	Síntese das principais ideias Esclarecimento de dúvidas Lanche saudável	Método participativo Proporcionar um lanche saudável aos participantes no final da sessão.	Feedback dado pela população alvo - observação directa

ANEXO VIII

Instrumento de Avaliação das Sessões

No final destas sessões é importante conhecer a sua opinião sobre a forma como decorreram. Por favor, assinale a resposta mais adequada a cada questão.

Garantimos a confidencialidade da informação.

1. A Sessão correspondeu às suas expectativas? Sim Não

Por favor assinale a resposta mais adequada, utilizando uma escala de 1 a 6 pontos:

1- Nada 2- Muito Pouco 3- Pouco 4- Suficiente 5- Bastante 6- Totalmente

2. Objectivos e Conteúdos da Formação:

Os objectivos da Sessão foram atingidos	1	2	3	4	5	6
Os conhecimentos proporcionados por esta sessão são úteis	1	2	3	4	5	6
Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada	1	2	3	4	5	6

3. Metodologias e meios utilizados:

Os métodos utilizados facilitaram a compreensão dos temas	1	2	3	4	5	6
Os meios audiovisuais utilizados foram adequados	1	2	3	4	5	6

OBRIGADO!

ANEXO IX

Projecto PÉS+Cuidados: Avaliação das Sessões

Projecto PÉS+Cuidados: Avaliação das Sessões

1. Acha importante fazer a autovigilância do pé diariamente? Sim ____ Não ____

2. Quais as atitudes favoráveis à autovigilância e autocuidado do pé?	Sim (1)	Não (2)
Inspecciona diariamente os pés, incluindo a área entre os dedos ou caso não consiga fazê-lo tem alguém que o faça?		
Lava regularmente os pés e seca-os cuidadosamente, especialmente entre os dedos?		
Verifica a temperatura da água antes dos cuidados de higiene?		
Anda descalço?		
Calça sapatos sem meias?		
Utiliza calçadas?		
Aplica óleo ou lubrificantes entre os dedos?		
Aplica creme nos pés?		
Muda diariamente as meias?		
Utiliza meias com a costura para fora ou sem costura?		
Utiliza meias de cor clara		
Corta as unhas a direito?		
Lima as unhas com lima de cartão?		
Inspecciona o interior dos sapatos antes de os calçar?		
O seu pé é examinado regularmente por um profissional de saúde?		

OBRIGADO!

ANEXO X

Panfletos “1 Feira Da Diabetes”

I FEIRA DA DIABETES



14 NOVEMBRO DE 2009
LOCAL: FRENTE À CAPELA NOVA
(10-17H)

ACTIVIDADES

- Vigilância de glicémias
- Avaliação da Tensão Arterial, Peso, Altura, IMC, pesquisa de Glicemia Capilar
- Promoção de estilos de vida Saudáveis

ANEXO XI

Score de Risco FINDRISK

Avaliação de Risco de Diabetes tipo 2

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final

1. Idade

- 0 p. Menos de 45 anos
- 2 p. 45-54 anos
- 3 p. 55-64 anos
- 4 p. Mais de 64 anos

2. Índice de Massa Corporal

- 0 p. Menos de 25 kg/m²
- 1 p. 25-30 kg/m²
- 3 p. Mais de 30 kg/m²

3. Medida de cintura (normalmente ao nível do umbigo)

HOMENS

- 0 p. Menos de 94 cm
- 3 p. 94-102 cm
- 4 p. Mais de 102 cm

MULHERES

- 0 p. Menos de 80 cm
- 3 p. 80-88 cm
- 4 p. Mais de 88 cm

4. Pratica diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?

- 0 p. Sim
- 2 p. Não

5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

- 0 p. Todos os dias
- 1 p. Às vezes

6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicação para hipertensão arterial?

- 0 p. Não
- 2 p. Sim

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

- 0 p. Não
- 5 p. Sim

8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

- 0 p. Não
- 3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)
- 5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

O Risco de vir a ter diabetes tipo 2 dentro de 10 anos é:

<7 Baixo : calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença
7-11 Sensivelmente elevado : calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença
12-14 Moderado : calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença
15-20 Alto : calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença
>20 Muito alto : calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

ANEXO XII

Exame Clínico de Rastreo do Pé



Dia Mundial da Diabetes

Exame Clínico de rastreio do Pé

Considera-se que o pé está em situação de risco quando se verifica a presença de qualquer das seguintes condições:

Deformação ou proeminências ósseas	Sim	Não
Pele não intacta (úlceras)	Sim	Não
Neuropatia		
-Não detecção do monofilamento	Sim	Não
Pressão anormal, calosidade	Sim	Não
Perda de mobilidade articular	Sim	Não
Pulsos do pé	Sim	Não
Alteração da cor em situação de declive	Sim	Não
Úlcera Anterior	Sim	Não
Amputação	Sim	Não
Calçado inadequado	Sim	Não

Vila Real, 14 de Novembro de 2009

ANEXO XIII

Plano da “I Feira da Diabetes”



I FEIRA DA DIABETES

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. 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.”* (DGS, 2007, p.2). É de realçar que 2.687.698 portugueses, mais de um quarto da população, sofrem de diabetes ou de pré diabetes (DGS, 2009). Por outro lado, a cronicidade e morbilidade elevadas, associada a esta patologia, acarretam um grande investimento em cuidados de saúde.

No dia 14 de Novembro assinala-se o Dia Mundial da Diabetes, em homenagem ao nascimento do cientista Frederick Banting que conjuntamente com Best foi precursor da ideia que conduziu à descoberta da insulina.

Para que a diabetes ganhe destaque, a Federação Internacional da Diabetes incentiva a realização de centenas de actividades pelo mundo inteiro. O tema deste ano é “Diabetes: Prevenção e Educação”.

Assim sendo, no Largo da Capela Nova em Vila Real terá lugar a I Feira da Diabetes. Pretende-se divulgar, à população em geral, informação sobre a diabetes e os seus factores de risco, promovendo a adopção de estilos de vida saudáveis. As pessoas com diabetes terão actividades específicas, nomeadamente avaliação do pé diabético.

I FEIRA DA DIABETES

I FEIRA DA DIABETES					
População Alvo	- População em geral (com actividades específicas para pessoas com diabetes).				
Objectivos	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a população em geral informação sobre a diabetes e os seus factores de risco; - Promover a adopção de estilos de vida saudáveis; - Conseguir avaliar o risco de vir a ter diabetes nos próximos 10 anos a 70% dos participantes. - Conseguir realizar todas as actividades previstas. 				
Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	
- Seleção da data e local para a Feira.	Jóni Vanessa	- Contactos telefónicos, via mail e presenciais com a CMVR para autorização do espaço e Exército para cedência de tenda.	- CMVR; - Quartel; - CS.	Início de Outubro	
- Estabelecimento de parcerias e apoios.	Jóni Vanessa	- Reunião com empresas farmacêuticas, laboratórios para patrocínios	- CS; - Empresas.	Início de Outubro	
- Divulgação da Feira	Jóni Vanessa	- Elaboração de Flyers; - Distribuição de Flyers; - Notícia No Jornal "A Voz de Trás-os-Montes"; - Contacto com a IDF para autorização do uso do logótipo e divulgação do evento no site	- CS; - Farmácias; - Lojas Comerciais; - Jornal; www.worlddiabetesday.org	2 Novembro - 14 Novembro	
- Exposição de equipamentos para pessoas com diabetes	Empresa Intergerações	- Contactar empresas para mostrarem calçado, material para o autocuidado do pé.	- Tenda em Frente à Capela Nova	14 de Novembro (10-17 h)	
- Rastreo do Risco de desenvolver diabetes	Vanessa Enfª Patrícia Enfª Sara Pele	- Aplicação do Questionário da DGS para avaliar o risco de desenvolver DM Tipo 2 nos próximos 10 anos.	- Tenda em Frente à Capela Nova	14 de Novembro (10-17h)	
- Avaliação do pé diabético.	Jóni	- Vigilância do risco do pé diabético	- Unidade Móvel de Saúde	14 de Novembro (10-17h)	

Indicadores	Metas
<p>Percentagem de pessoas com avaliação de risco de vir a ter diabetes nos próximos 10 anos</p> $\frac{\text{n.º de pessoas com avaliação do risco FINDRISK}}{\text{n.º de participantes}}$ <p>Percentagem de actividades realizadas</p> $\frac{\text{n.º de actividades realizadas}}{\text{n.º de actividades planeadas}}$	<p>70%</p> <p>100%</p>

ANEXO XIV

Carta de Qualidade da ECCI Vila Real

**Equipa de Cuidados Continuados Integrados
de Vila Real**

Carta da Qualidade

ACES Douro I - Marão e Douro Norte

Vila Real, 2010

QUALIDADE na ECCI Vila Real I

A Carta da Qualidade que se apresenta pretende ser um conjunto de compromissos que a Equipa de Cuidados Continuados Integrados Vila Real I assume publicamente perante os utentes dos seus serviços, o Director Executivo do ACES Marão – Douro Norte, a Rede Nacional de Cuidados Continuados, os parceiros da comunidade e cidadãos em geral.

Carta de Qualidade

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), procura dar resposta às carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. De facto a conjugação de um conjunto de factores resultantes do aumento da esperança média de vida, da diminuição da mortalidade e natalidade tem contribuído para o fenómeno de envelhecimento em Portugal, acarretando novas e diversificadas abordagens nas situações de dependência funcional promovendo os processos de adaptação aos défices.

A RNCCI criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, *“é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais”* (artigo 2, nº1) e organiza-se a nível regional e local.

A tipologia da Rede compreende unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias entre as quais a equipa de cuidados continuados integrados.

No distrito de Vila Real, as unidades de internamento, de longa/média duração e a unidade de convalescença, e cuidados paliativos que pretendem responder especificamente a determinadas grupos e situações de internamento, são já uma realidade. A oferta de cuidados de saúde a pessoas no domicílio, que não necessitam de internamento, apesar de ter sido assegurada, poderá com recurso à equipa de cuidados continuados integrados representar maior acessibilidade e equidade na resposta às necessidades do cidadão. Ao constituir uma oportunidade para cuidados de proximidade atentos às realidades sócio-culturais locais, pretendemos propor a constituição de uma equipa de cuidados continuados integrados.

A pertinência para a sua criação está sustentada na realidade demográfica e de saúde, como resultado do envelhecimento demográfico, com expressão na população muito idosa com necessidades em saúde particulares, como também nas características do contexto geográfico (grande dispersão e acessibilidades) e nas realidades sociais, nomeadamente, forte emigração, famílias com um número reduzido de elementos, condicionando a resposta tradicionalmente assegurada pela família.

O problema da Qualidade nas organizações deve ser encarado como multifacetado, dinâmico e, simultaneamente, essencial para o futuro das organizações. A qualidade impõe-se como um elemento essencial da cultura organizacional devendo ser tomada como um processo de melhoria contínua.

Missão

A missão da ECCI Vila Real I tem como pressupostos:

- ✓ Cuidados domiciliários de Enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, regulares e ter por base as necessidades detectadas;
- ✓ Cuidados de reabilitação;
- ✓ Prestar cuidados de apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário, especialmente aos doentes, famílias e prestadores de cuidados, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo;
- ✓ Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- ✓ Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- ✓ Apoio no desempenho das actividades de vida diárias;
- ✓ Apoio nas actividades instrumentais de vida diária;
- ✓ Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.
- ✓ Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação.

Visão

A ECCI Vila Real I afirma-se perante os seus clientes como referencial de competência, prestando serviços de saúde multidisciplinares de qualidade ao indivíduo e família, especialmente os mais vulneráveis, protagonizando iniciativas de mudança de paradigma dos cuidados de saúde, enfatizando a melhoria de cuidados nas várias áreas de intervenção, através de respostas efectivas às necessidades de saúde, tendo em conta uma visão holística.

Recursos Humanos afectos à ECCI

Os recursos humanos afectos à ECCI constituem uma equipa multidisciplinar, específicas do Concelho de Vila Real como sejam: isolamento e dispersão geográfica, intempéries e envelhecimento e as necessidades da população.

Quadro 1. Recursos Humanos afectos à ECCI Vila Real I

Profissionais	Número
Enfermeiros	4
Médicos	1
Técnico Serviço Social	1
Psicólogo	1
Fisioterapeuta ⁽¹⁾	1
Assistentes Operacionais	4

(1) Não disponível na Instituição

Política de Qualidade

O conjunto de valores estabelecidos nesta Carta aponta para uma série de normas de conduta que os profissionais estabelecem consigo próprios, com os clientes, os parceiros e a organização e que orientam e regulam o comportamento dos seus membros na prestação dos serviços de saúde.

É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida e rege-se pelos seguintes valores:

- **Cooperação** que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- **Solidariedade e trabalho de equipa**;
- **Autonomia**, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção;
- **Colaboração e boa fé** com as restantes unidades de cuidados;
- **Lealdade** entre vários profissionais da equipa, seus clientes e colaboradores;
- **Legalidade**, integrando na sua prática os documentos legais emanados pela hierarquia organizacional;
- **Competência e responsabilidade** agindo de forma dedicada e crítica empenhando-se na valorização profissional.

Valores centrados nos serviços prestados

- Igualdade;
- Justiça;
- Ética;
- Imparcialidade;
- Equidade no acesso;
- Promoção da Mudança;
- Rigor;
- Abertura e disponibilidade face à diferença;
- Proximidade;

- Adequação e rapidez na resposta.

Valores centrados nas parcerias institucionais

- Acessibilidade e abertura ao exterior;
- Partilha e divulgação de informação, instrumentos e práticas;
- Cooperação técnica.

Compromisso Assistencial

Como indicadores base de avaliação do desempenho da ECCI definem-se os seguintes:

1. Autonomia do utente à entrada e à saída da ECCI;
2. Incidência de úlceras de pressão;
3. Avaliação sistemática da dor;
4. Resposta da ECCI nas primeiras 24 horas;
5. Taxa de ocupação da ECCI.

Melhoria Contínua

Todas as actividades serão desenvolvidas utilizando o ciclo de Deming (PDCA) de forma a melhorar a qualidade, eficiência, eficácia, aprimorando a execução e corrigindo eventuais falhas. A utilização do Ciclo de Deming conduzirá a um processo de melhoria contínua que deve corresponder às expectativas de todas as partes interessadas, apresentando-se como um instrumento de inquestionável valor no domínio da gestão.

É atribuído a cada utente um Gestor de Caso. Apesar de o utente ser alvo da prestação de cuidados de vários elementos da equipa multidisciplinar, o Gestor de Caso, tem como campo de actuação e de responsabilidade, diagnosticar, planear, implementar, coordenar, monitorizar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde do utente, por meio de recursos disponíveis e de comunicação para promover resultados custo/efectivos e de qualidade.

Avaliação do Cliente

É disponibilizado um sistema de audição dos nossos clientes através de pedidos de opinião que serão analisados pela equipa em reuniões para o efeito. A audição pode ser expressa através da aplicação de um Questionário de Avaliação, cujos resultados serão regularmente publicitados. Assim como, será disponibilizado o *Livro de Reclamações* (Resolução do Conselho de Ministros nº 189/96) aos utentes e seus representantes.

Avaliação da Equipa

Com regularidade mensal será efectuada avaliação/monitorização das actividades desenvolvidas pela equipa em reunião agendada para o efeito.

Avaliação do Coordenador da UCC

Periodicamente (Mensalmente e sempre que necessário) o interlocutor da ECCI reúne com o coordenador da UCC para análise e acompanhamento da actividade da equipa.

Avaliação da ECL

Ao longo do desenvolvimento do projecto e sempre que se justifique, serão agendadas reuniões com o intuito da obtenção do feed-back acerca da actividade da ECCI, seu impacto na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sua potencialidade, apresentação de sugestões/opiniões, assim como, debater eventuais dificuldades na articulação da ECCI com as diversas unidades da RNCCI.

Divulgação Externa

Será criado um Site na internet para divulgação da actividade da ECCI que pretende igualmente funcionar como veículo de comunicação com o exterior.

Horário de Funcionamento da ECCI

A ECCI assegura o funcionamento todos os dias do ano, no período das 8 às 20 horas de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos Sábados, Domingos e Feriados, com o ajuste de horários que a experiência ditar.

Como Contactar-nos:

ECCI Vila Real I

Rua Dr. Manuel Cardona - 5000-588 Vila Real

Tel: 259324095

Fax: 259327100

Endereço electrónico: eccivilareal@srsvreal.min-saude.pt.

ANEXO XV

Poster Gripe A

Proteja-se das Infecções Virais Respiratórias!



✓ Lave frequentemente as mãos com água e sabão durante 60 segundos.



Ensaboe as unhas e as pontas dos dedos.



Ensaboe a palma das mãos.



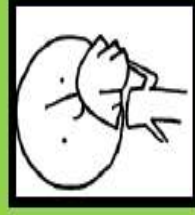
Ensaboe entre os dedos.



Ensaboe as costas das mãos.



✓ Se tossir ou espirrar proteja a boca e o nariz com um lenço de papel de uso único ou use o antebraço.



Para se assoar use lenços de papel de uso único. Lave sempre as mãos.



✓ Se estiver doente, ponha uma máscara na presença de outra pessoa (disponível no Centro de Saúde).

**Em caso de dúvidas ligue
LINHA SAÚDE 24: 808 24 24 24**

Elaborado por: Jóni Madureira e Vanessa Monteiro,
alunos do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária
Fontes: www.des.az - www.sante.gouv.fr



Centro de Saúde
de Vila Real



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - PORTO
Instituto de Ciências da Saúde