



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Promover a saúde, prevenindo o Pé Diabético

Autor

Sandra Sofia Nunes Espinho

Orientador

Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas

“Este Relatório de Estágio não inclui as
críticas e sugestões feitas pelo júri”

Março 2012

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Promover a saúde, prevenindo o Pé Diabético

Autor

Sandra Sofia Nunes Espinho

Orientador

Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas

“Este Relatório de Estágio não inclui
as críticas e sugestões feitas pelo júri”

“A maneira como pensas hoje determinará a maneira do teu viver amanhã. Decide, portanto, hoje, a espécie de pessoa que queres ser amanhã” – Frank Capri

SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Percentagem

AEDMADA - Associação para o estudo da Diabetes Mellitus e Apoio ao Doente Diabético do Algarve

ACASO - Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ARS Algarve IP – Administração Regional de Saúde do Algarve

Hz – Hertz

Km2 - Quilómetros quadrados

Nº - Número

NUTS - Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação a Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

“Promover a saúde, prevenindo o pé diabético”

O pé diabético é uma das complicações mais graves da diabetes, sendo o principal motivo de ocupação prolongada de camas hospitalares pelas pessoas com diabetes (...) (Ministério da Saúde, 2011). A evidência demonstra que o rastreio sistemático do pé diabético leva à diminuição acentuada do número de amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e de qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2011).

O presente relatório teve como objetivo geral, promover a saúde dos diabéticos, prevenindo a complicação de pé diabético, nas pessoas com diabetes que frequentam a consulta de enfermagem, no Centro de Saúde de Olhão.

Dos resultados obtidos na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes e com pé diabético, destacamos o pé neuropático como a etiologia de maior prevalência, associado ao desconhecimento por parte do utente da real dimensão do risco, em relação aos seus pés. Assim, a educação para a saúde constitui um importante instrumento na promoção e motivação para a prática do auto cuidado aos pés da pessoa com diabetes.

ABSTRACT

“Promoting health, preventing diabetic foot”

The diabetic foot is one of the most serious complications of diabetes, being the main reason for prolonged occupation of hospital beds for people with diabetes (...) (Ministry of Health, 2011). The evidence shows that the systematic screening of diabetic foot leads to marked decrease in the number of amputations of lower limbs, resulting in clear health gains and quality of life.

This report aimed to generally promote the health of diabetics, preventing diabetic foot complications in people with diabetes who attend nursing consultation in the health center of Olhão.

From the results obtained in the nursing appointments to the person with diabetes and diabetic foot highlight the neuropathic foot as the most prevalent etiology, associated with ignorance on the part of the wearer's actual level of risk in relation to your feet. Thus, health education is an important tool in promoting and motivation to practice self-care at the feet of people with diabetes.

ÍNDICE

1 – <u>INTRODUÇÃO</u>	12
2 – <u>ANÁLISE DO CONTEXTO</u>	14
2.1 – Caracterização do ambiente de realização do estágio final	14
2.2 – Caracterização dos recursos materiais e humanos	18
2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências	24
3 – <u>ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTE</u>	27
3.1 – Caracterização geral da população/utentes	27
3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população-alvo	28
3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo	33
3.4 – Recrutamento da população-alvo	38
4 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS</u>	43
4.1 – Objetivos da intervenção profissional/ objetivos a atingir com a população-alvo	43
5 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</u>	45
5.1 – Fundamentação das intervenções	45
5.2 – Metodologias	48
5.3 – Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas	51
5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos	52
5.5 – Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas	54
5.6 – Análise da estratégia orçamental	55
5.7 – Cumprimento do cronograma	57
6 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO</u>	58
6.1 – Avaliação dos objetivos	58
6.2 – Avaliação da implementação do programa	59
6.3 – Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas	68

<u>7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS</u>	69
<u>CONCLUSÃO</u>	73
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	75
<u>ANEXOS</u>	81
ANEXO 1 – Instrumento de Colheita de Dados	82
ANEXO 2 – Cartaz divulgação	83
ANEXO 3 - Email de apresentação do projeto ACES/ARS	84
ANEXO 4 - Cronograma	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número Total de Diabéticos que recorreu a consulta	60
Gráfico 2 – Distribuição por género	61
Gráfico 3 – Média de Idades	61
Gráfico 4 - Tipo de Diabetes	62
Gráfico 5 – Ano de Diagnóstico da doença	62
Gráfico 6 – Diabéticos portadores do Guia do Diabético	63
Gráfico 7 – Auto-controlo do Diabético	63
Gráfico 8 – Utentes fumadores/ não fumadores	64
Gráfico 9 - Patologias associadas a Diabetes	65
Gráfico 10 – Classificação do pé	65
Gráfico 11 – Alterações verificadas no pé	66
Gráfico 12 – Tipo de Calçado	67
Gráfico 13 – Utente encaminhados para consulta nível II	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Densidade populacional da região por concelho 2009	14
Figura 2 – Divisão territorial do Algarve por concelhos	15
Figura 3 – Mapa do Município de Olhão	15

1 – INTRODUÇÃO

A diabetes é uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo e caracteriza-se como um grave problema de saúde, devido às proporções alarmantes que tem vindo a adquirir, bem como às co-morbilidades relacionadas e as complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos portadores da doença, com conseqüente desgaste da estrutura familiar (Costa, 2010).

Por outro lado, a diabetes também comporta elevados custos sociais, humanos e económicos, tendo um grande impacto na saúde, pois calcula-se que, em Portugal, 6 a 9% do orçamento da saúde esteja destinado a custos diretos com a diabetes (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009).

Segundo os números da Internacional Diabetes Federation, em 2010, houve cerca de 284 milhões de pessoas com diabetes, prevendo-se no entanto, um aumento de 54% para o ano de 2030 (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010). Em Portugal, aponta-se para uma prevalência da diabetes na ordem dos 8% em 2025 (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010).

O crescimento acentuado destas prevalências de diabetes é atribuído, muito em parte, às rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas, com a adoção de estilos de vida de risco, e ao envelhecimento da população em geral (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010).

A diabetes está associada a uma série de complicações procedentes da insuficiente vascularização periférica como: o pé diabético, a nefropatia e a cegueira. Destas a que terá enfoque neste trabalho será a do pé diabético. Uma complicação frequente e grave da diabetes, constituindo uma ameaça à integridade da vida, limitando e/ou diminuindo a qualidade de vida da pessoa com diabetes, causa comum de internamento prolongado, de alta taxa de amputação e de custos hospitalares elevados (Brasileiro et al, 2005).

O diagnóstico da diabetes tem vindo a aumentar de forma progressiva e os casos não diagnosticados têm vindo a decrescer, fruto de uma melhoria do funcionamento dos serviços de saúde e da qualificação dos seus profissionais (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009). É neste ponto fundamental que

“a enfermagem tem um papel fundamental, na motivação dos indivíduos e família para o autocuidado, visto que possui formação voltada para a educação, no sentido de orientar os utentes diabéticos sobre os cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento das úlceras, consciencializando-os que os pés são sensíveis e por isso, devem evitar traumas seja mecânicos, químicos ou térmicos” (Costa, 2010, p. 9)

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob a orientação da Professora Maria Vitória Casas-Novas, no período compreendido entre 12 de Setembro de 2011 e 12 de Março de 2012, que se assume como uma resposta as necessidades encontradas na população-alvo, pretendendo-se inicialmente reestruturar a actual consulta de enfermagem da Diabetes e a médio/longo prazo a criação de uma consulta de enfermagem individualizada do pé diabético, no Centro de Saúde de Olhão.

Assim, o **objetivo geral** será promover a saúde dos diabéticos, prevenindo a complicação de pé diabético, nas pessoas com diabetes que frequentam a consulta de enfermagem, do Centro de Saúde de Olhão

E como **objetivos específicos**:

- Identificar os riscos da população-alvo de vir a ter pé diabético;
- Criar a consulta de enfermagem do pé diabético;
- Identificar os recursos da comunidade;
- Planear, executar e avaliar intervenções de saúde, de acordo com as necessidades identificadas junto do grupo.

As intervenções de prevenção primária devem abranger a população no geral, sendo fundamental uma contínua motivação das pessoas portadoras de diabetes, para a adesão ao tratamento, objetivando a prevenção de complicações crónicas. Pois, medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações da diabetes (Costa, 2010).

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

O presente Relatório refere-se ao estágio final realizado no Centro de Saúde de Olhão, numa fase inicial, a utentes diabéticos de uma equipa de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, e numa segunda fase a todos os utentes diabéticos inscritos, com e sem alteração do pé diabético, do Centro de Saúde de Olhão.

2.1 - Caracterização do ambiente de realização do estágio final

A cidade de Olhão situa-se na região do Algarve (Figura 1), uma das regiões NUTS II de Portugal Continental, que ocupa uma área total de 4996 Km² e uma densidade populacional de 86,9 habitantes por Km². O concelho de Olhão ocupa 130,9 Km² do território português e tem como densidade populacional 342,2 habitantes por km² (Instituto Nacional de Estatística, 2009).



Figura 1 – Densidade populacional da região por concelho 2009

Fonte: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/PRSARSALG_CAPI_Territorio.pdf

O concelho de Olhão situa-se geograficamente no Sotavento Algarvio (Figura 2), confina a nascente e a norte com o concelho de Tavira, a poente com o concelho de Faro e a sul com o Oceano Atlântico, protegido em toda a sua extensão pela Ria Formosa.



Figura 2 - Divisão territorial do Algarve por concelhos

Fonte: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/PRSARSALG_CAPI_Territorio.pdf

O município de Olhão (Figura 3) é constituído por cinco freguesias, Olhão, Fuseta, Moncarapacho, Pechão e Quelfes.



Figura 3 – Mapa do Município de Olhão

Fonte: <http://fificantada.blogspot.com/2010/06/7-encontro-encontro-de-eucacao.html>

A freguesia de Olhão, que dá nome ao concelho tem uma área de 9,43 km², a Vila da Fuseta apresenta uma área geográfica de cerca de 0,36km². Moncarapacho é a maior freguesia, com 68,95Km² de área, representando 55% do concelho de Olhão. A freguesia de Pechão tem uma área de 19,89Km² e Quelfes apresenta uma área de 27,79Km² (Câmara Municipal de Olhão, 2011).

A cidade de Olhão era considerada vila cubista devido à forma cúbica das suas casas, herança arquitectónica marroquina que persiste ainda nos dias de hoje (Barreto, 1972).

Cabrita (1978 citado em Vieira, 2009) defende que o nome de Olhão, descende do tempo dos muçulmanos, que chamaram ao local “Al-Hayun”, por ali existir uma fonte. As origens de Olhão, devem-se ao facto dessa fonte de água potável, abastecer diversas tripulações (Vieira, 2009). Junto dessa nascente os primitivos olhanenses construíram as suas cabanas de cana cobertas de palha e assim nasceu e foi crescendo o Lugar do Olhão, Sítio do Olhão, Sítio do Poço do Olhão, Praia do Olhão ou Cabanas do Olhão, que por todos estes nomes era designada a povoação situada nos arredores de Faro (Câmara Municipal de Olhão, 2011).

O concelho de Olhão remonta a 1826, embora só dez anos depois tivesse conseguido que o de Faro entregasse as freguesias de Quelfes e Pechão, e o de Tavira a freguesia de Moncarapacho (Anica, 1994).

A freguesia de Olhão remonta ao século XVII, em 1808 os Olhanenses destacam-se pelo seu ato heroico ao expulsar os franceses do “Lugar de Olhão”. Como recompensa, D. João VI eleva-o à categoria de vila, com o título de “Vila de Olhão da Restauração”.

Vila a partir de então, que num século transformou uma pequena vila num grande centro económico, social e urbano que se consagrou quando foi elevada à categoria de Cidade de Olhão da Restauração em 1985 (Câmara Municipal de Olhão, 2011)

A Fuseta, inicialmente conhecida por “Fozeta” (diminutivo de foz), porque naquele local desaguava um ribeiro chamado “ribeiro do tronco”. De início apenas existiam algumas cabanas que serviam para guardar utensílios das armações de pesca que se lançavam naquele local. Mais tarde este foi-se desenvolvendo e a população aumentando (Câmara Municipal de Olhão, 2011).

A freguesia de Moncarapacho é a mais antiga do concelho de Olhão e foi criada a 19 de Junho de 1471. No fim do século XIX, vieram habitar para a freguesia de Moncarapacho famílias nobres, distinguidas nos campos de batalha do Norte de África,

na Reconquista ou nos Descobrimientos. Moncarapacho é considerada uma típica povoação do Barrocal algarvio, com hortas, pomares, figueiras e amendoeiras (Câmara Municipal de Olhão, 2011).

O povoamento do território que constitui hoje a freguesia de Pechão existe desde o tempo do domínio árabe. Só em 1823 foi integrada definitivamente em Olhão, quando foi separada de S. Pedro de Faro.

A freguesia de Quelfes foi constituída no ano de 1614, no entanto, o lugar de Quelfes é bem mais antigo, pois em 1518, quando o seu território fazia ainda parte da Paróquia de Santa Maria de Faro, já havia uma capela, sinal de que existia um número significativo de moradores.

No concelho de Olhão, a população é distribuída pelas cinco freguesias, Fuseta, Moncarapacho, Olhão, Pechão e Quelfes, e quando comparado com outros concelhos do Algarve, verifica-se que é o que apresenta maior densidade populacional, 327,1 habitantes/km² (Instituto Nacional de Estatística, 2007). A sua população é composta maioritariamente por pessoas na faixa etária dos 25 aos 64 anos, correspondendo à faixa da população ativa. (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

A pesca e a indústria conserveira são duas das áreas que sempre contribuíram para o desenvolvimento da economia do município. A construção civil, o comércio a grosso e a retalho e as atividades imobiliárias estão atualmente em expansão na cidade de Olhão. Nos últimos anos, a aposta em diversas áreas, subentende a vontade de expandir a atividade turística no município. Desta forma foi construído em 2008, um Porto de Recreio, sito na zona ribeirinha com o objetivo da requalificação da mesma tendo sido por isso construídas unidades hoteleiras de luxo (Câmara Municipal de Olhão, 2011).

Relativamente ao vencimento médio dos portugueses, este situa-se nos 850 euros, variando conforme as cidades onde habitam. Assim verifica-se que a média algarvia é de 747 euros, sendo que, na cidade de Olhão, em 2005, a média era de 700 euros (Instituto Nacional de Estatística, 2006).

A identificação da proporção de população empregada *versus* desempregada e inativos é importante para a análise da economia e desenvolvimento do município. Verifica-se desta forma, que a maioria da população é empregada, no entanto é de salientar que existe uma percentagem considerável de população inativa, que ronda os 45% (Guerreiro, 2008).

A rede de estabelecimentos de educação e ensino no concelho de Olhão é constituída atualmente por 31 escolas distribuídas pelo setor público e privado. No 1º ciclo existem 13 escolas públicas e 2 privadas, no 2º ciclo existem 6 escolas públicas e 1 privada, no 3º ciclo existem apenas 7 escolas públicas e no ensino secundário existe igualmente 2 escolas apenas públicas (Instituto Nacional de Estatística, 2009). Analisando a taxa bruta de escolaridade do Algarve e do concelho de Olhão, constata-se que a nível secundário a taxa bruta de escolaridade no concelho de Olhão é inferior (86.8%) em relação à região do Algarve (150.9%) (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

Atendendo à taxa de natalidade e de mortalidade do concelho de Olhão e da região do Algarve, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2009), verifica-se que estas são relativamente similares. No Algarve, a taxa bruta de natalidade é de 11.1% e a de mortalidade é de 10.8%; e no concelho de Olhão é de 11.9% para taxa bruta de natalidade e 10.9% para a taxa bruta de mortalidade.

2.2 - Caracterização dos recursos materiais e humanos

O Algarve é uma região constituída por um único distrito, repartido por 16 concelhos e 84 freguesias, sendo Faro a capital.

Com a nova lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto Lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro), que consagra a extinção progressiva das Sub-Regiões de Saúde, o que, conjugado com a necessidade de criar órgãos de gestão mais flexíveis e próximos do cidadão, leva ao surgimento de um novo modelo organizacional dos centros de saúde, criam-se em 2008, os ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde (Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro), com uma dimensão menor do que as das antigas Sub-Regiões, mas maior do que a média dos centros de saúde clássicos, com competências próprias legalmente atribuídas, especificidade que nunca tinha sido atribuída às anteriores estruturas dos Cuidados de Saúde Primários.

Esta nova dimensão geodemográfica da unidade básica de gestão dos Cuidados de Saúde Primários – os ACES, permitem uma melhor abordagem epidemiológica dos

problemas de saúde da sua população e dos determinantes que lhes estão associados, contribuindo para a sua própria autonomia que há muito se considerava necessário existir em Cuidados de Saúde Primários (Administração Regional de Saúde do Algarve IP, 2011).

A nível da ARS Algarve, IP existem três ACES:

- ACES Barlavento, com sede em Portimão, agrupa os centros de saúde de Aljezur, Vila do Bispo, Lagos, Monchique, Portimão, Lagoa e Silves;
- ACES Central, com sede em Faro, agrupa os centros de saúde de Albufeira, Loulé, São Brás de Alportel, Faro, Olhão;
- ACES Sotavento, com sede em Tavira, agrupa os centros de saúde de Tavira, Castro Marim, Vila Real de Santo António e Alcoutim.

Cada ACES é constituído por diferentes unidades funcionais, cuja missão e atividade se interseam e necessariamente se complementam, impondo uma definição clara dos papéis de cada uma dessas unidades, de modo a evitar, por um lado, a sobreposição de tarefas, conflitos de competências, duplicação e desperdício de recursos e de forças anímicas e, por outro, permitir tirar o máximo potencial do desempenho de cada uma no que respeita às suas especificidades em concreto (Administração Regional de Saúde do Algarve IP, 2011).

Desta forma criam-se e articulam entre si as USF – Unidades de Saúde Familiar, UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, as UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade, as USP – Unidades de Saúde Pública e as URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, dado disporem de diferenciações afins, embora com competências diferentes.

No Centro de Saúde de Olhão existem atualmente duas USF, a USF Âncora e Mirante, uma UCSP, uma USP, uma UCC Olhar+, uma URAP, que garantem a prestação de cuidados de saúde primários a todo o concelho de Olhão.

A Região do Algarve também é provida de três unidades hospitalares do Sistema Nacional de Saúde, o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE, que é formado por duas unidades hospitalares – a de Portimão e Lagos, com a área de influência do

ACES Barlavento e o Hospital de Faro EPE, com as áreas de influência dos ACES Central e Sotavento.

Existem nos setores privado e público/privado sete unidades hospitalares, o Hospital Privado Santa Maria de Faro, o Hospital Privado S. Gonçalo de Lagos, Hospital Particular do Algarve SA – Unidade de Faro/Gambelas e Unidade de Portimão, Hospital Internacional do Algarve SA – Albufeira, Hospital da Misericórdia de Portimão e Centro de Medicina Física e Reabilitação, em São Brás de Alportel, é gerido por participação público-privada e ao qual tem acesso a população algarvia e do Baixo Alentejo.

No município de Olhão existem diversas instituições e associações que apoiam a população em determinados ciclos de vida de acordo com as suas necessidades. Para apoio à população diabética existem algumas organizações governamentais e não-governamentais que podem dar assistência a potenciais problemas na diabetes. Destas, destacam-se o Centro de Saúde de Olhão, o Hospital de Faro EPE, e a Associação para o Estudo da Diabetes Mellitus e Apoio ao Doente Diabético do Algarve. Existem também a Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo de Olhão e a Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão – ACASO, que embora não prestem especificamente atividades na área do pé diabético, dão apoio ao utente diabético noutras áreas, como alimentação, higiene, lazer, entre outros.

O **Centro de Saúde de Olhão** presta cuidados de saúde, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, programando atividades segundo orientações técnicas da Direção Geral da Saúde, assegurando o funcionamento eficiente das várias unidades funcionais e o cumprimento dos objetivos referidos, assegurando a qualidade dos serviços prestados (Portugal, Ministério da Saúde, 2008).

Nele desempenham funções, 22 médicos, 32 enfermeiros, 22 administrativos, 10 auxiliares, 2 assistentes sociais, 2 psicólogas, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta de fala, 1 nutricionista, 1 higienista oral e 2 técnicos de radiologia, que prestam cuidados aos utentes da comunidade de Olhão. Funcionam por equipas de um médico, um enfermeiro e um administrativo.

Em termos organizacionais, estas equipas funcionam em vários módulos, entendendo-se por módulo como uma pequena unidade constituída por dois gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, uma sala de tratamentos e uma sala de ginecologia/ saúde

infantil, e um balcão administrativo, num total de 8 módulos. Também são utilizadas antigas instalações do Serviço de Atendimento Permanente (com 4 gabinetes médicos, 3 gabinetes de enfermagem, 1 sala de pesagem de bebés e 1 sala de vacinação) e um pavilhão externo (com 2 gabinetes médicos, 1 gabinete de enfermagem e 1 gabinete de pesagem de bebés e de ginecologia).

Estas equipas desenvolvem atividades médicas e de enfermagem, conforme as orientações dos programas da Direção Geral da Saúde, nomeadamente no programa de Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde do Adulto e do Idoso, Envelhecimento Ativo, Vacinação, Controlo da Obesidade, Asma e da Dor entre outros, incluindo igualmente o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), cujo principal objetivo é gerir de forma integrada a diabetes, reduzir a prevalência da diabetes, atrasar o início das complicações maior e reduzir a sua incidência e ainda reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes (Ministério da Saúde, 2008).

Assim, aos utentes diabéticos são prestados cuidados de forma a promover estilos de vida saudáveis, através de sessões de educação para a saúde individualizadas e de promoção do autocuidado; realiza-se a monitorização de parâmetros como glicemia, tensão arterial, pulso, peso, índice massa corporal, altura, hemoglobina glicosilada; realiza-se a vigilância trimestral das pessoas identificadas com diabetes; faz-se a educação terapêutica da pessoa diabética; deteta-se e encaminha-se, para o hospital de referência, em casos de doença ocular, renal, neuropática e pé diabético avançado e trata-se casos de ferida de pé diabético.

No entanto, neste último caso do pé diabético ao nível da consulta de enfermagem foi identificada a necessidade de sensibilizar os profissionais de enfermagem para a importância de atualizar os seus conhecimentos acerca da observação do pé diabético, ignorando-se muitas vezes esta complicação no pé, verificando-se também que na maioria dos casos os indivíduos diabéticos não possuem conhecimentos suficientes acerca da doença e principalmente, dos cuidados a ter com os seus pés, observando-se frequentemente práticas que colocam em risco as extremidades inferiores, daí a importância e a necessidade de uma orientação contínua a essas pessoas a fim de minimizar os possíveis comprometimentos vasculares, que possam terminar em perdas dos membros inferiores.

Como refere, Coelho (2009), a falta de medidas preventivas desenvolvidas através de sessões de educação para a saúde baseadas na realidade concreta dos indivíduos, reflete-se nos altos índices estatísticos de complicações e amputações de membros inferiores e por sua vez na qualidade de vida dos indivíduos portadores de diabetes.

“Essa cadeia de consequências indesejadas tem, portanto, como um dos principais fatores a assimetria entre o conhecimento que as pessoas têm sobre o viver com a doença e o conhecimento técnico científico dos profissionais de saúde, pois falta compreensão do significado que a doença crónica tem para essas pessoas. Na maioria das vezes não compreendem como os diabéticos percebem sua doença crónica e como os cuidados passam a fazer parte de seu cotidiano. Enfim, para ultrapassarmos as barreiras que existem entre pessoas com doenças crónicas e profissionais de saúde, não basta somente investirmos em desenvolver mais conhecimentos sobre a doença, mas é preciso incluir a compreensão do que é viver com essa doença para podermos criar propostas de educação em saúde que tenham como protagonista as pessoas e não as doenças” (Coelho, 2009, pg. 2009).

Este tipo de abordagem, implica que os enfermeiros, observem correta e adequadamente o pé, que dêem conselhos práticos sobre higiene, agentes agressores, uso de palmilhas e calçado adequado, que efetuassem a remoção de calosidades e alertem para sinais de alerta, o que nem sempre é feito devidamente.

Para Serra (2008), existem três possíveis motivos que dificultam a observação periódica do pé diabético: 1) os enfermeiros não solicitarem com periodicidade ao doente diabético, que descalcem os sapatos e meias para verificar o estado dos pés; 2) “ ao médico só interessa verificar na consulta de vigilância, uma calosidade, uma unha em garra ou uma úlcera, se dispuser de apoio de enfermagem para prestar os devidos cuidados ao pé; e 3) Se surgirem situações que exijam internamento e cirurgia, existem nos hospitais poucas unidades vocacionadas aos cuidados com o pé diabético, onde enviar esses doentes.

Muitas vezes, constatamos precisamente alguns dos pontos anteriores, na nossa prática diária, desvalorizando-os por vezes, por não dispormos de tempo suficiente no nosso plano de trabalho para o atendimento de utentes com pé diabético, devido ao acumular de várias atividades e ao excesso de atendimentos por consulta, que não são exclusivamente só de diabetes, mas também a outros níveis de cuidados como, hipertensos e hipocoagulados.

Hoje, sabemos que é um facto indiscutível que o único modo de controlamos o flagelo da amputação no pé diabético é a criação de consultas, com equipas vocacionadas para atuar pela prática, pelo ensino da profilaxia e do tratamento da patologia do pé diabético. E quem tem a seu cuidado nos cuidados primários, diabéticos, necessita desenvolver capacidades de diagnóstico das situações que, juntamente com as

observações periódicas e informações prestadas ao doente será decisivo para a quebra da percentagem do pé diabético (Serra, 2008).

O **Hospital de Faro, EPE** é o hospital de referência do sotavento algarvio, servindo uma população residente de cerca de 253 mil pessoas, podendo este valor populacional duplicar ou triplicar sazonalmente. Dotado de todas as valências básicas e complementares que permitem ajustar a sua classificação no nível II de diferenciação da Carta Hospitalar, constitui-se como um Serviço Público instituído, organizado e administrado a pensar na população e na prestação de cuidados médicos diferenciados a doentes agudos.

Atualmente existe um Serviço de Diabetologia, que realizada consulta na área da diabetes, com o apoio de várias especialidades, como oftalmologia, médico endocrinologista ou internista, ortopedista ou cirurgião geral, enfermeiro com formação na área da diabetes e na podologia e fisiatra. Existe também a consulta do pé diabético, sendo uma consulta multidisciplinar considerada de nível 2, que iniciou em Agosto 2009, com uma frequência de duas vezes por semana, num total de 134 consultas por mês. A esta recorrem todos os indivíduos diabéticos de médio e alto risco referenciados pelas várias unidades funcionais do Algarve, incluindo a de Olhão, o qual esta equipado com todo o material e pessoal necessário para desenvolver consultas do nível 2.

A AEDMADA - Associação para o estudo da Diabetes Mellitus e Apoio ao Doente Diabético do Algarve é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada em 1996, por um grupo de profissionais de saúde pertencentes ao Núcleo de Diabetes e Nutrição do Hospital Distrital de Faro.

A AEDMADA desenvolve as suas atividades (consultas de várias especialidades) na luta contra a diabetes procurando conhecer melhor a doença, divulgando e alertando para a sua importância como problema de saúde pública, por um lado, e, por outro, criando estruturas capazes de dar resposta aos diversos problemas com que o diabético se depara no seu dia-a-dia. Cientes por outro lado das dificuldades com que os cuidados primários se debatem, também, a este nível e, bem como, da incapacidade em se assumirem como nível 2 em sintonia com a declaração de St. Vincent, reuniram forças e deram vida a AEDMADA onde pretenderam para além de toda uma intervenção a nível social e apoio direto a situações concretas de evidentes carências sócio-económicas particularmente a jovens e idosos, de divulgação e prevenção primária, de formação e

educação a vários níveis, de alguma possível investigação clínica em sintonia com a Universidade do Algarve ... fundar uma pequena clínica que foi crescendo e facultando cuidados de excelência a um número progressivo de diabéticos e muito particularmente no que respeita ao pé diabético, área em que nada ou muito pouco se investira no Algarve. Realizam já presentemente cerca de 35 consultas por semana, de enfermagem, dietética, psicologia, pé diabético e médicas (internistas credenciados em diabetologia).

A Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão, é uma associação especializada em vários apoios sociais (creche, jardim de infância, atelier de tempos livres, centro comunitário, lar residencial deficientes, centro de dia, lar de idosos, apoio domiciliário e integrado), que procura de forma permanente e em articulação com os parceiros sociais, contribuir para a valorização e desenvolvimento da sociedade em geral no concelho de Olhão. Realizam atividades socioculturais, que promovam o bem-estar dos seus utentes de forma contínua, sempre com o objetivo de prestar serviços de elevada qualidade e profissionalismo. A nível do pé diabético não dispõe nem recursos materiais, nem recursos humanos para abordar este tipo de problemática.

A Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo de Olhão, objetivo principal é a melhoria das condições de vida daqueles que passam por situações de risco ou de carência efetiva, norteados pelos Princípios Fundamentais da Cruz Vermelha, desenvolvendo atividades na área nas seguintes valências: jardim-de-infância; centro de atividades de tempos livres; centro comunitário; apoio domiciliário. De igual modo que a ACASO, também não dispõe de recursos materiais, nem recursos humanos para abordar este problema.

2.3 - Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

A Enfermagem Comunitária especificamente é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade. Poder-nos-á dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a

tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazer.

Reconhecemos que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde, pois estas oportunidades conferem-nos o papel de agente facilitador da mudança.

Ao longo do nosso percurso de formação especializada, o enfermeiro adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, desenvolvendo programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na execução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania, como será o caso da implementação da consulta do pé diabético (Ministério da Saúde, 2011).

Deste modo, este projeto de intervenção junto de um grupo específico, como é o caso dos diabéticos, com necessidades especiais, que serão focalizadas ao nível do pé diabético, pretende ser uma resposta as necessidades desses indivíduos e pretendem também ser um momento de consolidação das competências do enfermeiro especialista, nomeadamente na primeira competência: “ Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma população” e na quarta competência “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Ministério da Saúde, 2011).

Segundo o Regulamento nº 128/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, passo então a transcrever os pontos fundamentais que estão na base e orientaram a execução deste projeto:

- “G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.**
- G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.**
- G1.2.1. Utiliza critérios objetivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.**
- G1.3.1. Define objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.**
- G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos.**
- G1.4.3. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção.**
- G1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos.**
- G1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos.**
- G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.**
- G4.1.1. Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica**
- G4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.”**

Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 35/2011, de 18 de Fevereiro, *Diário da República*, II série A, 2011).

3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

O pé diabético e as suas complicações constituem um desafio a nível médico, social e económico para todo o sistema de saúde, necessitando de medidas interventivas muito rigorosas, por parte das equipas multidisciplinares para evitar a adversidade que é a amputação. É fundamental otimizar os cuidados a estes indivíduos cada vez mais numerosos na nossa população (Leite, 2010).

3.1 - Caracterização geral da população/utentes

O número de doentes com diabetes tem aumentado em proporções epidémicas significativas e a doença pode levar à lesão de órgãos principais após vários anos de hiperglicemia, o que origina uma maior necessidade de cuidados de saúde (Duarte & Gonçalves, 2011).

O Centro de Saúde de Olhão abrange 42.817 habitantes, caracterizada por ser a cidade Algarvia com maior densidade populacional e maioritariamente jovem (Guerreiro, 2008), pertencente ao ACES Central da ARS Algarve IP.

Tem uma população de 46 203 inscritos, dos quais cerca de 2135 são diabéticos constituindo assim, a população-alvo deste projeto. 1031 são homens e 1104 são mulheres, cerca de 176 são tipo 1, insulinotratados e os restantes são diabéticos tipo 2, com idades compreendidas entre os 9 e os 96 anos de idade, nas várias unidades funcionais, distribuídos pelas cinco freguesias do concelho de Olhão, dados obtidos através do programa informático SINUS e SAPE.

Desta, população-alvo fomos retirar uma amostra de cerca de 90 diabéticos, pertencentes a uma equipa de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, na qual trabalho, que funciona duas vezes por semana, num período de aproximadamente quatro horas. Uma vez que, que o projeto vai ser constituído em duas

fases. Uma primeira fase com uma amostra da população-alvo e uma segunda fase englobará todos os utentes diabéticos inscritos no Centro de Saúde de Olhão implementando este tipo de consultas de pé diabético.

3.2 - Cuidados e necessidades específicas da população – alvo

A diabetes é um problema de saúde, considerada como uma das doenças de mais difícil controlo e altamente prevalente a nível da saúde, por ser crónica, sistémica e multifactorial (Costa, 2010).

Trata-se de um “distúrbio metabólico crónico e complexo caracterizado por comprometimento do metabolismo da glicose e de outras substâncias produtoras de energia, associado a uma variedade de complicações em órgãos essenciais para a manutenção da vida” (Brasileiro et al, 2005, p. 11). As complicações crónicas mais frequentes na diabetes são as que incluem alterações vasculares, que levam a retinopatia e nefropatia, hipertensão arterial sistémica, dislipidemia e neuropatias, podendo atingir também o sistema nervoso periférico (Sacco et al, 2007).

A diabetes pode ser classificada fundamentalmente em dois tipos. A **diabetes tipo 1**, que resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas, com tendência à cetoacidose. E a **diabetes tipo 2**, que ocorre com mais frequência do que a do tipo 1, e em indivíduos com mais de quarenta anos, que resulta de graus variáveis de resistência à insulina ou a sua deficiente secreção (Rodrigues, Skymaniak & Andrade Sobrinho citado por Costa, 2010). Existe, ainda, a diabetes gestacional que ocorre durante a gravidez.

Segundo Laurindo et al (2005), a Organização Mundial da Saúde estima que mais de metade das pessoas com diabetes desconhece o seu diagnóstico e que este é muitas vezes, feito de forma tardia, aumentando ainda mais as complicações resultantes desta doença.

Apesar dos inúmeros avanços na saúde, ocorridos a nível de diagnóstico e tratamento da diabetes, o número de indivíduos com diabetes do tipo 2 está a crescer em todo o mundo

e conseqüentemente cresce também a frequência das complicações associadas à doença (Costa, 2010).

Uma das complicações mais graves da diabetes é o **pé diabético**. O pé diabético é uma terminologia usada para definir as diversas lesões que podem ocorrer no pé do indivíduo diabético. Para Vieira-Santos (2008) citado por Costa (2010, p. 20), o pé diabético é definido como “uma infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores”.

Fatores como a idade, tipo e tempo de diagnóstico da diabetes, controle metabólico, tabagismo, alcoolismo, obesidade, hipertensão arterial e falta de bons hábitos higiênicos no cuidado com os pés são importantes quanto ao risco dessa complicação (Baccili et al, 2001).

O pé diabético pode ser classificado em função das alterações predominantes **neuropática** (da sensibilidade) ou **isquêmica** (da circulação arterial). Os problemas relacionados com o pé diabético ocorrem tanto na diabetes tipo 1 como na do tipo 2 e são mais frequentes no sexo masculino, a partir dos 60 anos de idade (Duarte & Gonçalves, 2011). A maioria são provavelmente de origem neuropática, em cerca de 65% dos casos e neuroisquémico em 35% dos casos (Duarte & Gonçalves, 2011).

“A neuropatia é uma consequência direta e inevitável do mau controle glicêmico que vai levar ao atingimento nervoso dos membros inferiores, causando disfunção autonômica, somática e sensitiva” (Leite, 2010, p. 34). A principal alteração do pé neuropático é a diminuição na amplitude das respostas sensitivas e motoras dos nervos periféricos, podendo haver a desmielinização dos nervos, devido à hiperglicemia crônica, responsável pela interrupção das conduções nervosas (Moreira et al, 2005, citado por Costa, 2010). Segundo Lopes (2003), a neuropatia leva a ausência da sensação protetora (insensibilidade) e a deformidade do pé originando uma marcha anormal. A deformidade do pé e a limitação da mobilidade articular podem levar à carga biomecânica anormal do pé, resultando em formação de hiperpressões plantares com úlcera.

Fatores extrínsecos, como os sapatos e intrínsecos, como as hiperpressões plantares originadas na marcha, atuam no pé do indivíduo de forma repetitiva sem que este se

aperceba, porque não sente a dor. É esta incapacidade de sentir dor que leva muitas vezes a ulceração (Leite, 2010).

“O pé neuroisquémico pode ser definido por uma infecção ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associados a alterações neurológicas e a doença arterial periférica no membro inferior” (Leite, 2010, p.38). A diferença entre estes dois tipos de pé diabético é a presença ou ausência de pulsos periféricos arteriais palpáveis, que o torna um pé neuroisquémico. As alterações metabólicas resultantes da diabetes vão originar uma maior tendência para o desenvolvimento e antecipação da aterosclerose em comparação com o resto dos indivíduos no geral, o que leva a que o indivíduo diabético esteja sujeito a um maior risco de amputação maior. Geralmente, a localização anatómica da doença arterial periférica nos indivíduos diabéticos é difusa e distal, enquanto que no resto dos indivíduos não diabéticos apresentam lesões localizadas em artérias maiores e mais proximais. Para Leite (2010), a doença arterosclerótica nos diabéticos prevalece então nas artérias tibiais poupando normalmente as artérias dos pés.

Ou seja, as lesões no pé diabético surgem da insensibilidade provocada pela neuropatia sensitivomotora e/ou da isquemia provocada pelas lesões de aterosclerose no membro inferior. Ao ser atingida, de forma preferencial, uma destas duas estruturas, nervos ou vasos, irá condicionar o aparecimento de um pé neuropático ou de um pé neuroisquémico. As lesões do pé neuropático curam, na maior parte dos casos, quando submetidas a um tratamento adequado (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010). O prognóstico do pé neuroisquémico depende já do restabelecimento da circulação sanguínea. Desta forma, surgem diversos problemas como dificuldade na cicatrização de feridas, diminuição da sensibilidade (neuropatia sensorial), maior probabilidade de desenvolvimento de infeções bacterianas e fúngicas (onicomicose e dermatomicose) e aumento do espessamento da unha e da pele (onicogrifose e hiperqueratose) (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010).

O pé diabético pode surgir como uma consequência da associação de uma ou mais das seguintes situações: neuropatia periférica, infecção, doença vascular periférica, traumatismo e também das alterações da biomecânica do pé.

As alterações da biomecânica do pé será dentro dos fatores de risco do pé diabético, um dos mais importantes, isto porque associada a processos de morbilidade (predisposição para a obesidade mórbida e depressão), desenvolvem-se alterações a nível podológico

que influenciam a mecânica do pé, nas partes moles, ósseas e musculares (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010).

A biomecânica do pé, quando alterada, pode desencadear alterações estruturais, como dedos em martelo, *hallux abductus valgus* (joanetes), pé de charcot (neuroartropatia), pé cavo, pé plano, entre outros. Verifica-se de igual modo a ocorrência de uma marcha anormal, com padrões anormais no que diz respeito ao desgaste do calçado.

Com a persistência da neuropatia a nível dos membros inferiores, a pele perde capacidade de se defender do stress mecânico e de dissipar as forças resultantes do caminhar. Assim, fica vulnerável na presença de traumatismos, infeções e/ou feridas. A perda da sensibilidade protetora por parte da pessoa com diabetes não favorece a perceção da dor resultante de uma calosidade em zona com alteração óssea.

Por exemplo, uma hiperpressão plantar com calosidade nestas pessoas pode resultar numa úlcera subcalosa, não tendo havido medidas preventivas e/ou curativas. Já num indivíduo sem diabetes e sem complicações de foro neuropático e vascular traduzir-se-ia, provavelmente, numa metatarsalgia plantar, onde a dor iria beneficiar a intervenção precoce e a reabilitação (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2010).

As pessoas com diabetes diagnosticadas há mais anos, ficam mais vulneráveis dado que na evolução da doença, se verifica um aumento das complicações tardias e mais graves surgindo por vezes, silenciosamente. Podem desencadear processos nos membros inferiores que, numa fase extrema, comprometem a viabilidade destes, podendo mesmo levar à amputação.

No entanto, apesar de toda a gravidade do pé diabético, ainda é uma questão muito subestimada pelos profissionais de saúde, ou totalmente esquecida ou inadequadamente avaliada (Parisi, n.d.).

O impacto social e económico do pé diabético é grande, incluindo os elevados gastos com tratamentos, internamentos prolongados e recorrentes, incapacidades físicas e sociais, que podem levar a perda do emprego e da produtividade dos indivíduos diabéticos. Afeta a sua vida pessoal, a sua auto-imagem, a auto-estima, o papel na família e na sociedade e se houver limitação física, pode ocorrer isolamento social e depressão (Coelho, Silva & Padilha, 2009).

A identificação e classificação do indivíduo em risco, o tratamento precoce, a educação individual, familiar e comunitária constituem as bases sólidas para a prevenção da amputação de membros nesta população (Caiafa et al, s.d.).

A Organização Mundial da Saúde e a Federação Internacional de Diabetes chamam a atenção para este problema e declaram que mais da metade de todas as amputações poderiam ser prevenidas com adequada deteção e cuidados. Pequenos investimentos em prevenção e educação podem significar menos amputações, aumento da qualidade de vida e uma considerável redução nos custos com o sistema de saúde (Organização Mundial da Saúde citado por Farias et al, 2011).

Assim podemos verificar que, a evidência demonstra que o rastreio sistemático do pé diabético leva à diminuição acentuada do número de complicações e amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e de qualidade de vida. (Ministério da Saúde, 2011).

Prova disto é a recente norma publicada pelo Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2011, p. 1), que vai de encontro ao que foi dito anteriormente, referindo que “todas as pessoas com diabetes são avaliadas anualmente com o objetivo de serem identificados fatores de risco condicionantes de lesões dos pés. O exame clínico (...) determina a sua classificação e o seu correto registo no processo clínico (...)”, por categorias de risco de ulceração: **baixo risco** (ausência de fatores de risco), **médio risco** (presença de neuropatia) e **alto risco** (existência de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia) (Ministério da Saúde, 2011).

Segundo, a mesma circular, também são criados três níveis de cuidados de saúde: **nível I** (a equipa do pé diabético é constituída por médico, enfermeiro e profissional treinado em podologia e cada ACES organiza, pelo menos, uma equipa do pé diabético deste nível de cuidado, no âmbito da sua área geográfica de intervenção, cujo objetivo é educar, avaliar o risco e medidas preventivas necessárias, cuidar lesões não ulcerativas, tratar úlceras superficiais e monitorizar patologia ulcerativa em acompanhamento noutra nível de cuidado); **nível II** (a equipa do pé diabético é constituída por médico endocrinologista ou internista, ortopedista ou cirurgião geral e enfermeiro e profissional treinado em podologia e cada hospital ou centro hospitalar organiza, pelo menos, uma equipa do pé diabético, cujo objetivo é avaliar casos com patologia ulcerativa e/ou

isquémica, infeções e/ou necroses com necessidade de desbridamento cirúrgico e internamento e reforço da educação e de medidas preventivas de futuras lesões) e o **nível III** (a equipa do pé diabético é constituída por médico endocrinologista ou internista, ortopedista ou cirurgião vascular, fisiatra, enfermeiro, profissional treinado em podologia e técnico de ortóteses e este nível de cuidados é organizado nos hospitais ou centros hospitalares que tenham a valência de cirurgia vascular, cujo objetivo é avaliar casos clínicos complexos, identificar necessidades de avaliação vascular, proceder a intervenções vasculares adequadas e reforçar medidas preventivas). Todas as pessoas com diabetes e com pés de médio e alto risco serão orientadas para o nível adequado de cuidados ao pé diabético. (Ministério da Saúde, 2011).

Foi a partir dessas perceções e reflexões que se torna pertinente travar de alguma forma esta problemática, criando uma consulta estruturada para abordar esta problemática do pé diabético.

3.3 - Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo

A diabetes é um dos problemas mais importantes de saúde na atualidade, atingindo a população como um todo, podendo surgir em qualquer idade. Constitui um importante problema de saúde pública, devido a elevada prevalência de morbilidade e mortalidade, além do elevado risco de desenvolvimento de complicações crónicas incapacitantes e do alto custo económico, gerado pelo tratamento e pela redução da capacidade de trabalho de indivíduos em idade produtiva (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009).

“A prevalência da diabetes mellitus no mundo é atualmente estimada em 5,1% (194 milhões de pessoas) prevendo-se que atinja os 7,8% em 2025, correspondendo a 333 milhões de doentes, sendo de especial relevância o contributo dos países do Terceiro Mundo. Na Europa, a prevalência atual situa-se já em 7,8%. Em 2025 será provavelmente de 9,1% (correspondendo a 58,6 milhões de afetados)” (Paiva et al, 2006, p.80).

Segundo Brasileiro et al (2005), estima-se que, globalmente, a sua prevalência ronde os 120 milhões de indivíduos, e que entre 4 a 10% destes desenvolvem lesões no pé.

No que diz respeito à realidade portuguesa, o atlas publicado pela International Diabetes Federation em 2003, aponta para uma prevalência da diabetes de 5-8% da população, que deverá passar a ser de 8-11% em 2025 (Paiva et al, 2006). “Por seu lado, o aumento significativo da esperança de vida da nossa população, que duplicou nos últimos 80 anos - passando de 35,8 anos no homem e 40 na mulher (em 1920) para os 72 anos no homem e 79,7 na mulher - faz prever que o número de diabéticos venha a ser progressivamente mais significativo” (Paiva et al, 2006, p. 80).

Calculamos que, em Portugal, entre 6 a 9% do orçamento da saúde esteja afeto a custos diretos com a diabetes” (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009, p. XI).

Segundo, o Observatório Nacional da Diabetes (2010), a prevalência da diabetes em 2009 é de 12,3 % da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um total de cerca de 983 mil indivíduos. Em termos de decomposição da taxa de prevalência da diabetes, em 56 % dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada. Verificamos a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os homens e as mulheres. Verificamos a existência de uma correlação direta entre o incremento da prevalência da diabetes e o envelhecimento dos indivíduos. Mais de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60-79 anos tem diabetes. Constatamos a existência de uma relação inversa entre o nível educação e a prevalência da diabetes na população portuguesa. Quanto mais elevado o nível educacional, menor é a prevalência da diabetes. Verifica-se a existência de uma relação entre o escalão de índice de massa corporal e a diabetes, com perto de 90 % da população com diabetes a apresentar excesso de peso ou obesidade. Verificamos, ainda, que uma pessoa obesa apresenta um risco quatro vezes superior de desenvolver diabetes do que uma pessoa sem excesso de peso.

No entanto, para Pace (2002) citado por Laurindo et al (2005), o impacto da diabetes sobre as sociedades é menosprezada, isto porque, a maior parte dos custos, que chega a cerca 5 a 14% das despesas com a saúde, está relacionada com as suas complicações, sendo que estas podem ser reduzidas e muitas vezes evitadas. Esta doença é considerada a sexta causa de internamento hospitalar primária e contribui ainda em 30% a 50%, para

outras causas como cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca e renal, retinopatia diabética, colecistopatias, acidente vascular cerebral encefálico e hipertensão arterial.

Relativamente, ao pé diabético estudos realizados nesta área, refletem que a nível estatístico, estimamos que cerca de 25% de todas as pessoas com diabetes tenham condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés, nomeadamente pela presença de neuropatia sensitivo-motora e de doença vascular arterosclerótica. O diagnóstico diferencial destas duas entidades clínicas é fundamental para a abordagem correta do pé diabético (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com Lopes (2003, p.1), “mais de 120 milhões de pessoas no mundo são portadores de diabetes e muitos destes indivíduos tem úlcera no pé, que podem levar a uma amputação de membro inferior, o que acarreta prejuízos para o paciente e sistema de saúde”.

O mesmo autor refere ainda que, “nos Estados Unidos e Suécia, 50% e 32% das amputações de membro inferior não traumática são realizadas em pacientes portadores de diabetes”. A úlcera antecede 85% das amputações de membros inferior entre diabéticos, documentando-se a presença de gangrena em 50-70% dos casos e a presença de infeção em 20-50% portanto, na maioria das amputações de membro inferior há uma combinação de isquemia e infeção.

Perto de 80-90% das úlceras são originadas por traumas externos, geralmente provocados pelo uso de sapatos inadequados. Na sua maioria, entre 70-100% são lesões com sinais evidentes de neuropatia e apenas 10% das úlceras são puramente neuroisquémicas, e os indivíduos com doença vascular periférica tem 17% mais probabilidade de desenvolver gangrena que um individuo não diabético (Lopes, 2003).

Em Portugal, calcula-se que possam ocorrer anualmente 1600 amputações não traumáticas dos membros inferiores. E que decorrido cinco anos sobre a primeira amputação, mais de metade dos casos terão sofrido amputação contralateral. (Ministério da Saúde, 2011).

Para Bild citado por Pace (2005), “cinquenta por cento das amputações não- traumáticas de membros inferiores são atribuídos aos diabetes”. “E o risco de amputação é 15 vezes maior do que na população em geral” (Most citado por Ochoa- Vigo & Pace, 2005, p. 100).

Segundo, o Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé diabético (2001), o pé diabético representa um problema económico significativo, particularmente se a amputação resulta em hospitalização prolongada, reabilitação, cuidados domiciliários e de serviços sociais. O custo direto de uma cicatrização primária é estimado entre 7.000 a 10.000 dólares, enquanto que a amputação ronda os 30.000 e os 60.000 dólares. Além destes também devem ser considerados os custos indiretos, devido à perda de produtividade dos doentes, os custos individuais do utente e a perda de qualidade de vida.

Um número significativo de estudos tem provado que a taxa de amputação pode ser reduzida em mais de 50% se se implementar uma inspeção regular dos pés e calçados durante as visitas as consultas, se houver um tratamento preventivo para os pés e calçado, uma adequada educação ao diabético, se houver uma abordagem multifactorial e multidisciplinar de lesões já existentes, se houver um diagnóstico precoce de doença vascular periférica e intervenção vascular, se houver acompanhamento continuo dos pacientes com úlcera previas de pé e um registo adequado de amputações e úlceras de pé (Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético, 2001). Segundo o mesmo grupo de trabalho, e de acordo com relatos suecos, se as estratégias descritas acima forem implementadas, o custo direto da abordagem as úlceras em pés, pode igualmente reduzir de 20 a 40% os seus custos.

A melhoria dos conhecimentos sobre o pé diabético permite a identificação de fatores de risco precocemente e proporciona a elaboração de medidas capazes de controlar ou eliminar esses fatores.

Diversos estudos tem demonstrado que a existência de ações de sensibilização sobre os cuidados do pé diabético, incluindo educação, exame regular do pé e categorização do risco pode reduzir a ocorrência de lesões de pé em mais de 50% dos indivíduos (Lopes, 2003).

Desta forma, é importante que gestores e órgãos governamentais se consciencializem da extensão do problema a nível nacional e regional, que estejam dispostos a apoiar infra-estruturas que criem a possibilidade de formação de equipas para o cuidado com o pé diabético, reconheça que o cuidado do diabético deve ser interdisciplinar e multifactorial, integrem resultados rigorosos nos programas de diabetes e encorajem os indivíduos diabéticos e profissionais a estabelecer, conjuntamente, metas realistas de tratamento, os quais possam alcançar com sucesso em termos de controlo metabólico,

complicações e qualidade de vida, implicando a educação do diabético a fim de ajuda-lo a ter conhecimento sobre o seu autocuidado e opções de estilos de vida saudáveis, para que possam assegurar melhores cuidados para o diabético, melhores resultados e a utilização mais eficiente dos recursos.

A Enfermagem Comunitária é a área de especialização em enfermagem que mais interage com o indivíduo no seu meio, no seu espaço sem barreiras protetoras ou pretextos. Cabe-nos aos especialistas em enfermagem comunitária ir ao encontro do utente /ou grupos no seu contexto, sair das portas dos edifícios e encontrar os utentes e grupos no seu ambiente natural, ajudando-o a capacitar-se e proteger-se ao nível da saúde para obter o melhor estado de saúde possível. A nossa formação ao nível do planeamento em saúde confere-nos a visão e competências para fazer o diagnóstico de situação, identificar prioridades, estabelecer objetivos e desenhar intervenções que serão avaliadas e reformuladas a todo o momento.

Cabe-nos então fazer um esforço para transpor para a prática as diretivas mundiais de âmbito comunitário, contribuindo para que a saúde das pessoas e populações constitua uma mais-valia na economia do país.

Há, portanto, que manter uma perspetiva de avaliação contínua dos objetivos traçados, das atividades desenvolvidas e das metodologias adoptadas. Há que desenvolver bases de informação que permitam aos enfermeiros melhorar o planeamento e a utilização dos recursos existentes, explorando e rentabilizando potencialidades.

Há que instalar novas metodologias de trabalho que permitam a recolha e interpretação sistemática da informação. A investigação começa agora a impor-se como prática quotidiana porque nasce da necessidade de reflexão e questionamento.

Os enfermeiros estão conscientes dos problemas efetivos de saúde pública/comunitária e da importância da metodologia de projeto. A passagem do desejo á intenção como refere Botelho (2009), e desta, á ação só valerá a pena se a ação for refletida, esclarecida e planeada.

O planeamento em saúde é um auxiliar fundamental da tomada de decisão, disso não há dúvidas, uma vez que permite a racionalização dos recursos de saúde com equidade e eficiência. No entanto, estas só serão válidas e importantes enquanto entendidas como um contributo á finalidade última do sistema, que é promover a saúde, prevenir a doença, curar e reabilitar pessoas doentes. Enquanto processo administrativo, preconiza

a realização do diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção das estratégias e preparação operacional dos programas.

Independentemente do contexto do exercício profissional de cada enfermeiro, procura-se permanentemente a excelência do exercício profissional, contribuindo para elevados níveis de satisfação dos utentes, ajudando-os a alcançarem o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações para a saúde, maximizando o seu bem-estar.

3.4 - Recrutamento da população-alvo

O modo como as pessoas diabéticas realizam os cuidados essenciais com os pés, bem como o conhecimento adquirido ao longo da trajetória de convívio com a doença, segundo vários estudos, mostraram que nem sempre se traduz na adoção de ações de autocuidado para a prevenção de problemas relacionados com os pés (Santos, 2009).

Sabemos que o conhecimento adquirido sobre a doença e os cuidados essenciais com os pés não garantem a adoção e a manutenção de comportamentos adequados, porém pode predispor á busca de cuidados de saúde, o que nos incentiva a manter o processo educativo.

Uma das características da enfermagem é lidar com diferentes questões emocionais não só do utente como do próprio profissional. Para isso, deve lançar mão de instrumentos básicos da relação de ajuda tais como, o diálogo e os procedimentos técnicos capazes de permitir ao utente desfrutar do bem-estar, compreensão dos seus problemas e ter razões para atingir a cura (Holanda, 2005). Ou seja, são intervenções que visam a realização de uma avaliação, o estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva das suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade

(Holanda, 2005). Esta requer mudanças na prática existencial do enfermeiro levando-o a compreender a sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos (Silva, 1998).

A consulta é também um processo de interação entre o enfermeiro e o utente, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano. Para que ocorra eficazmente a interação, é necessário o desenvolvimento da habilidade aperfeiçoada de comunicação, para o exercício da escuta e do diálogo, que requer do enfermeiro capacidade de compreender e entender o ser humano perante as suas complexidades, dimensões amplificadas, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas (Holanda, 2005).

“O profissional de enfermagem deve reconhecer que não pode impor a sua própria realidade aos outros, sendo necessária a abordagem dialógica que favoreça um respeito ao pensamento e atitude daquele por ele assistido” (Holanda, 2005, p. 723).

Durante a consulta é fundamental a participação do utente, compreendendo o modo de estar e agir no mundo daqueles que esperam respostas coerentes e eficazes diante dos problemas que são evidenciados. No entanto, verificamos muitas vezes imposição do enfermeiro através da conceção de que o domínio da verdade reina como absoluto, coibindo o outro de expor as suas emoções e pontos de vista (Holanda, 2005)

Segundo Holanda (2005), o enfermeiro ao estabelecer uma relação social com o utente deve, ultrapassando a superficialidade de um atendimento, promover acolhimento em relação ao que é falado pelo utente, para facilitar a compreensão ampliada da sua história de vida. Nessa relação, algumas características são fundamentais, destacando-se a linguagem verbal e não-verbal, em que a palavra, apresentada como símbolo, possibilita inter-relação entre os domínios, permitindo avançar na abordagem dos discursos do quotidiano, da cultura e da ciência. Dessa forma, procuramos, através do agir comunicativo, apreender as manifestações da realidade do indivíduo.

Para Gentil (2009), o enfermeiro precisa reconhecer a consulta de enfermagem como uma oportunidade de diálogo comunicativo, o utente deve interagir com o enfermeiro de forma a partilhar os anseios e dúvidas no contexto da sua vida de acordo com a percepção da sua situação.

Assim, este projeto surge no âmbito das necessidades identificadas por parte dos médicos, enfermeiros e da população-alvo, em existir uma equipa organizada para

realizar consultas de vigilância do pé diabético, de forma calendarizada e organizada, segundo as normas estipuladas pela Direção Geral da Saúde, no que diz respeito ao pé diabético, no sentido de educar, observar, avaliar o risco, cuidar, e tratar alterações no pés e prevenir complicações futuras. Para isso teremos como população-alvo todos os diabéticos inscritos no Centro de Saúde de Olhão.

Portanto, este projeto ocorreu em duas fases. Numa **primeira fase**, houve uma reestruturação da atual consulta de vigilância da diabetes, onde se introduziu a observação e exame clínico do pé diabético, de forma a classificar o diabético quanto ao grau de risco. Os diabéticos que recorrem as consultas de diabetes previamente programadas trimestralmente foram a população-alvo inicial (cerca de 90 diabéticos), pertencentes a uma equipa de saúde da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, na qual trabalhamos e que funciona duas vezes por semana, num período de aproximadamente quatro horas.

Para que estas atividades pudessem ser desenvolvidas, houve uma tentativa de redução do número de consultas marcadas por dia, de forma, a que o enfermeiro tivesse disponibilidade para esse tipo de observação e exame ao pé. Foi reunido parte do material básico necessário para a consulta, tais como: monofilamento de Semmes-Weinstein, o diapasão de 128 Hz, e em casos de pés neuroisquémicos foi necessário o uso do doppler, cedido pela Unidade de Cuidados a Comunidade, tendo sido realizado as observações na sala de enfermagem.

Nas situações em que houve alterações significativas do exame ao pé, o enfermeiro serviu de elo de ligação entre o médico de família, de forma a resolver os problemas identificados e articulá-lo-ás de igual modo com os cuidados de referência nível II (Hospital de Faro, EPE). Mediante, as observações e classificação do grau de risco, bem como a realização de ensinamentos de educação para a saúde, foi calendarizado uma nova consulta conforme as necessidades. Foi feito um registo informatizado de cada utente, através do aplicativo SAPE e na folha criada para a colheita de dados da consulta (Anexo 1). Estas atividades foram decorrendo nos meses de novembro, dezembro e janeiro até aprovação por parte do ACES Central para a implementação definitiva da consulta individualizada do pé diabético a todos os utentes do Centro de Saúde, constituindo assim uma primeira fase do projeto.

Numa **segunda fase**, assim que todos os recursos humanos e materiais estiverem reunidos e haja autorização para a implementação deste projeto a todo o Centro de Saúde, que terá como horizonte temporal o início de 2013, seja então criada a consulta individualizada do pé diabético, alargando-se a todos os indivíduos diabéticos inscritos no Centro de Saúde.

Nesta fase, o projeto começará inicialmente por uma divulgação interna, ou seja, dentro das várias unidades funcionais do Centro de Saúde de Olhão, junto dos respetivos coordenadores médicos, de enfermagem ou outros técnicos.

Para divulgação foi produzido material de divulgação (cartaz), que constam em anexo (Anexo 2) e será distribuído aos grupos acima mencionados e afixados pelas várias salas de espera e placares publicitários do Centro de Saúde.

Os diabéticos serão também convocados através do levantamento, já efetuado, do número total de diabéticos inscritos no Centro de Saúde ou poderão ser previamente referenciados diretamente pelas várias equipas de saúde (enfermeiro e médico de família), não havendo um número estipulado de consultas.

Esta consulta individualizada do pé diabético terá uma equipa multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro e assistente técnico e poderá contar pontualmente com apoio da assistente social, constituindo assim uma consulta de nível I, de acordo com as recomendações da Direção Geral da Saúde. Será realizada em sala apropriada, com material específico, que será referido no capítulo seguinte, inicialmente com uma frequência de uma vez por semana, podendo ser alargada até duas vezes por semana, conforme a adesão dos utentes a consulta.

A vigilância programada dos utentes diabéticos será feita segundo a classificação do risco, que poderá ser de uma vez por mês (em casos de úlcera ou amputação prévia), de três em três meses (em casos com neuropatia mais doença vascular e/ou deformidades), de seis em seis meses (com neuropatia sensitiva) ou uma vez por ano (sem neuropatia sensitiva).

Serão realizados igualmente, atividades de avaliação clínica do estado geral do pé, despiste e tratamento de lesões e em casos mais graves, o utente será devidamente encaminhado para o Hospital de referência com consultas de nível II. Será feito igualmente um registo informatizado de cada utente, através do aplicativo SAPE, de

forma a poder ser feita uma avaliação futura e aperfeiçoamentos na consulta, em conjunto com o instrumento de colheita de dados.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

4.1 – Objetivos da intervenção profissional/ objetivos a atingir com a população-alvo

Segundo Tavares (1990) “os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projetos” e define-os como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema.

Desta forma, os objetivos permitem assim quantificar o que se pretende atingir. Definir objetivos significa saber para onde se caminha, ter metas a cumprir, ajuda a centrar no que é fundamental, impõe a rentabilização de recursos em torno da finalidade comum.

Assim, o **objetivo geral** deste projeto foi promover a saúde dos diabéticos, prevenindo a complicação de pé diabético, nas pessoas com diabetes que frequentam a consulta de enfermagem, do Centro de Saúde de Olhão.

E como **objetivos específicos**:

- Identificar os riscos da população-alvo de vir a ter pé diabético;
- Implementar a consulta do pé diabético;
- Identificar os recursos da comunidade;
- Planear, executar e avaliar intervenções de saúde, de acordo com as necessidades identificadas junto do grupo.

ESTRATÉGIAS

Dessa forma definimos as seguintes estratégias:

- Realização de formação especializada na área do pé diabético na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal;
- Realização de reunião com enfermeiros da consulta do pé diabético, do Hospital de Faro, EPE;
- Observação da consulta do pé diabético, de forma trocar experiências;
- Efetivação do levantamento informático, do número de utentes diabéticos inscritos no Centro de Saúde de Olhão;
- Efetivação do levantamento de instituições que dão apoio na diabetes;
- Envolvimento da ARS Algarve e do ACES Central, através do envio de proposta por escrito para agendamento de reunião para apresentar projeto e pedido de autorização para implementar consulta do pé diabético;
- Utilização de registo informativo SAPE, de forma a registar as observações feitas na consulta e folha de colheita de dados.

ATIVIDADES

Como atividades definimos as seguintes:

- Realização do exame ao pé dos diabéticos que frequentam a consulta;
- Classificação do utente quanto ao grau de risco;
- Informação aos indivíduos diabéticos e familiares, quanto ao risco e medidas preventivas;
- Identificação de fatores de risco condicionantes de lesões nos pés;
- Identificação de sinais de neuropatia e/ou isquemia;
- Inspeção de calçado e meias;
- Realização de cuidados em lesões não ulcerativas;
- Prestação de cuidados em situações de ulceração;
- Reunir recursos materiais e humanos para implementar a consulta do pé diabético;

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Nos Cuidados de Saúde Primários, a equipa de saúde constituída, por médico e enfermeiro, torna-se responsável pela educação, prevenção, observação e identificação do pé em risco de ulceração ou com úlcera ativa, dos indivíduos diabéticos por si vigiados. Este tipo de cuidados deve atuar de forma, a exercer uma importante ação profilática (Leite, 2010).

5.1 – Fundamentação das intervenções

Parece incontornável o número de problemas ou complicações relacionados com os membros inferiores dos indivíduos diabéticos, mas o certo é que a sua maioria pode ser tratada com sucesso e principalmente, prevenida a sua evolução para uma catástrofe ainda maior, através das consultas do pé diabético (Serra, 2008).

Também é de realçar que a quebra de situações de amputação depende da informação sobre profilaxia dada ao indivíduo, da deteção do pé em risco e do controlo oportuno das suas complicações iniciais, cuidados básicos que devem ser fundamentalmente prestados por enfermeiros e médicos nos centros de saúde, e que há muito precisam de ser melhorados (Serra, 2008).

Esta linha de cuidados básicos não pode continuar mais à espera da reestruturação dos hospitais e das equipas multidisciplinares, pois este tipo de hierarquia foi por isso invertido e, mesmo assim, começa a dar resultados que serão positivos no futuro (Serra, 2008).

É necessário que sejam os cuidados primários a dar os primeiros passos na prevenção deste problema, e se as atuais políticas não deram frutos, haverá que reestruturá-las, nem que para isso seja necessário a criação de uma estrutura própria.

É importante que surjam no nosso país este tipo de consultas profiláticas de apoio e tratamento no ambulatório ao pé diabético, tanto a nível de cuidados de saúde primários, como a nível de cuidados diferenciados, mas principalmente, nos cuidados primários, com profissionais motivados em impedir esta problemática, com tratamento oportuno, não agressivo e profilático (Serra, 2008).

É fundamental que os profissionais de saúde tenham uma atenção redobrada na identificação das pessoas em risco de desenvolver a diabetes e reforçar as ações para promover o seu controlo, entre os já diagnosticados. Salienta-se a necessidade dos profissionais de saúde avaliarem as extremidades inferiores dos diabéticos de forma minuciosa e com frequência regular, bem como, desenvolverem atividades para o seu autocuidado, envolvendo o indivíduo diabético, família e comunidade, para um bom controlo glicémico (Lopes citado por Laurindo et al, 2005).

Este tipo de consultas/equipas é vital para este nível de cuidados, onde quer que se iniciem é uma ação pioneira, inovadora de mentalidades, que exige o estímulo da entreajuda e o apoio da responsabilidade partilhada, entre médico, enfermeiro e doente.

É essencial, a perceção da especificidade do pé diabético, dos seus condicionantes patogénicos, o saber olhar para uma úlcera diabética de forma completamente diferente como se olha uma ferida infetada no pé normal. De forma progressiva, obter-se-á a experiência necessária que tornará o nosso trabalho inestimável para a sobrevivência dos doentes (Serra, 2008).

O enfermeiro, elemento integrante de equipas multidisciplinares, desempenha uma função importante nos diversos níveis de atuação, quer a nível de cuidador quer a nível de educador (Laurindo et al, 2005).

Um passo fundamental para identificar os fatores de risco do pé diabético é a avaliação podológica que consiste numa inspeção dermatológica estrutural, circulatória e da sensibilidade tátil, além das condições de higiene e características do calçado, atividades que sendo executadas por profissionais de saúde que atuam a nível primário, contribuirão para diminuir o risco de morbilidades e complicações nos pés de portadores de diabetes (Laurindo et al, 2005).

O objetivo final de qualquer cuidado com o pé diabético é a diminuição do número de amputações, permanecendo o indivíduo ativo. A tarefa diária de uma consulta de ambulatório é fundamentalmente a profilaxia das complicações, que passa por medidas

simples, como o exame do pé e a educação do diabético, que podem num futuro, fazer a diferença (Duarte & Gonçalves, 2001).

Para Leite (2010) as unidades curativas multidisciplinares hospitalares são fundamentais, só porque os cuidados primários, que podem realmente solucionar o problema do pé diabético através da profilaxia, não funcionam eficazmente.

Desta forma, “a equipa de saúde tem a responsabilidade de auxiliar os portadores de diabetes ensinando-lhes o auto-cuidado, instruindo-os sobre a doença e consciencializando-os da importância da automonitorização contínua da glicemia, de modo a garantir mudanças de comportamento e participação no tratamento” (Costa, 2010). Mudar estilos de vida é difícil de ser obtida, mas pode suceder se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento (Hashimoto & Haddad, 2009, citado por Costa, 2010).

Para diminuir as consequências nefastas associadas ao pé diabético, devem ser providenciados a estes utentes cuidados médicos de nível elevado. A mudança de padrão que está neste momento a decorrer na apresentação clínica do pé diabético, em que o pé neuroisquémico é tão frequente como o pé neuropático permite-nos fazer uma gestão de recursos e direcionar a nossa atenção para os pés que apresentam pior prognóstico (Leite, 2010).

Muitos dos fatores etiológicos responsáveis pelas complicações no pé diabético, podem ser identificados usando equipamento simples e económico presentes na prática clínica diária, um reconhecimento precoce destes fatores e a intervenção imediata no pé diabético em risco são essenciais. O tratamento oportuno das infeções, a correção da doença arterial, o alívio adequado das pressões sobre o pé e o correto tratamento das úlceras são passos essenciais na terapêutica do pé diabético. Com a implementação de bons programas de prevenção, com a formação de equipas multidisciplinares de apoio, com a introdução de novas terapias médicas e com o avanço tecnológico cirúrgico, será possível no futuro reduzir significativamente todas as complicações associadas ao pé diabético (Leite, 2010)

5.2 - Metodologias

Todos nós temos consciência da complexidade de abordar integralmente o pé do indivíduo portador de diabetes, assim como temos plena consciência de que se pode trabalhar nesta área, iniciando com o que está ao nosso alcance, de forma simples, mas com bases conscientes e com a esperança de sensibilizar todas as pessoas direta ou indiretamente e contribuir diariamente para a redução das complicações no pé diabético.

A metodologia utilizada neste projeto assenta como não poderia deixar de ser, no planeamento em saúde. Dos diversos autores que ao longo dos tempos se têm ocupado deste domínio, Tavares (1990) define seis etapas do processo de planeamento. O **diagnóstico de situação**; a **determinação de prioridades** que apresenta-se como necessária na tentativa de saber quais os problemas que se devem solucionar em prioridades; a **fixação de objetivos** a atingir em relação a cada um dos problemas identificados num determinado período de tempo; a **seleção de estratégias** são selecionadas em função dos objetivos estabelecidos e correspondem ao conjunto de formas de atuação a implementar para cumprir a finalidade do plano; a **preparação operacional**, que corresponde á fase em que é necessário planejar operacionalmente a execução do projeto, compreende a ação propriamente dita, a definição e execução da ação; e por último a **avaliação** é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Sendo o final do planeamento integrado também em cada uma das suas etapas (Tavares, 1990).

Desta forma, fomos delineando os objetivos nos quais se iria intervir no pé diabético, mobilizamos os recursos existentes na comunidade, para colocar em prática todo o projeto. Fomos apurando os potenciais problemas para a execução do projeto e estabelecidas as prioridades. Fomos selecionando estratégias e desenvolvidas atividades de forma a recrutar a população diabética. Fomos reunindo todo o material disponível no Centro de Saúde, de forma a avançar com a primeira fase do projeto, para proceder a consulta e mobilizar os recursos humanos necessários à elaboração da mesma.

A primeira fase deste projeto foi desenvolvida na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde Olhão. A população- alvo do projeto foi composta por uma amostra de cerca de 90 indivíduos diabéticos dos 2135 indivíduos, com diagnóstico de diabetes do tipo 1 e 2, sem limite de idade, inscritos no Centro de Saúde

na base de dados SINUS, que recorriam a consulta programada de diabetes trimestral. No total compareceram à consulta, 73 diabéticos submetidos à avaliação dos pés.

“O exame do pé é considerado um dos principais fatores para melhorar o nível de atendimento, já que o próprio ato em si evidencia a maioria dos problemas que afetam o pé e por isso nunca deve ser esquecido” (Leite, 2010, p.13). Avaliar os fatores de risco do pé diabético implica a realização da história clínica e do exame objetivo.

Para a colheita dos dados criamos um instrumento que permitisse o registo da história clínica e a observação realizada ao pé do diabético, elaborado a partir do instrumento de colheita de dados utilizado na consulta do pé diabético do Hospital de Faro, EPE, contendo os dados sócio demográficos do diabético (sexo, idade, número do processo, médico de família), características do utente (tipo de diabetes, tempo da doença, medicação, doenças associadas, tabagismo, exercício físico, autocontrolo e cuidados aos pés) e observação do pé (hidratação, temperatura, cuidados ungueais, hiperqueratoses, onicogrífos, onicomicoses, dermatomicose, alterações estruturais, tipo de calçado, tipo de meias, presença de feridas e amputações anteriores, sensibilidade tátil e pulsos). Esses dados permitiu-nos identificar o grau de risco para lesão/ ulceração nos pés dos indivíduos observados, utilizando uma classificação de risco para pé diabético, segundo o Consenso Internacional sobre Pé Diabético (2001) e a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2010), como pode ser observada no anexo 1.

Procedemos então, ao exame dos pés com o indivíduo descalço, no qual também foram incluídas orientações sobre aspetos relevantes da doença e do seu controlo, além de cuidados preventivos com os pés e calçado.

Na avaliação neurológica do pé consideramos a sensibilidade protetora plantar e a vibratória dorsal. Na sensibilidade protetora plantar utilizamos o monofilamento Semmes-Weinstein 10g, aplicado perpendicularmente à pele sã, com pressão suficiente para o dobrar durante um máximo de dois segundos, em 4 pontos de cada pé (na face plantar do primeiro dedo e primeira, terceira e quinta cabeça dos metatarsos). A pessoa com diabetes deverá estar com os olhos fechados, sendo-lhe perguntado se sente a pressão e onde a sente. Deverá efetuar-se três toques em cada local e alternar toques reais com toques simulados. Consideramos que existe sensação protetora se, para cada local, duas das três respostas forem corretas.

Na sensibilidade vibratória foi testada utilizando um diapásão de 128 Hz e aplicado perpendicularmente, em quatro pontos de cada pé (maléolo interno e externo, dorsal média e distal falange do hálux). Consideramos sensibilidade comprometida, quando houve insensibilidade em dois pontos, após três tentativas.

Na avaliação do calçado considerou-se quatro características: o modelo, a largura, o comprimento e o material de fabrico. O modelo foi apropriado quando era fechado, preferencialmente, protegendo todo o pé; na largura e comprimento, consideramos aquele de tamanho adequado, isto é, nem grande, nem pequeno, com espaço de um centímetro a mais da anatomia do pé; e no material, este devia ser confeccionado em couro macio ou lona/algodão. Assim, o calçado foi apropriado quando as quatro características estavam reunidas.

Na avaliação do estado geral do pé, avaliamos o estado da pele, das unhas, da temperatura, alterações estruturais, pulsos, a existência ou não de amputação e a existência de ferida, realizávamos a respetiva avaliação quanto ao tipo de tecido, dimensões, profundidade, presença de exsudado ou não e quando necessário encaminhamento para o Hospital de referência. Nos casos em não foi feito encaminhamento foi programada nova avaliação conforme o grau de risco.

Em relação ao controlo metabólico, foram reforçados ensinamentos em relação ao autocontrolo, a alimentação saudável e a prática do exercício físico.

A colheita dos dados foi realizada no mês de novembro, dezembro de 2011 e janeiro de 2012. O horário estabelecido coincidiu com funcionamento das consultas de diabetes de duas médicas assistentes, em dois dias da semana, no período da manhã. Simultaneamente os dados colhidos eram igualmente introduzidos no programa informático SAPE.

Os mesmos foram agrupados segundo categorias, o que ajudou a estabelecer a continuidade de cuidados.

Fomos realizando avaliações de forma a proceder as melhorias necessárias, que numa primeira fase recaíram no melhoramento do instrumento de colheita de dados e a realização de ensinamentos generalizados e progressivos.

Este projeto assentou fundamentalmente em parcerias, como estratégia de potenciação dos recursos disponíveis na comunidade, mas também como forma de envolver essas entidades e técnicos para a problemática do pé diabético.

Desta forma, além do envolvimento desde o primeiro minuto da ARS Algarve, EPE e do ACES Central, também houve o envolvimento de todo o Centro de Saúde de Olhão, coordenadores, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais e dos utentes.

Desde, o início do projeto, uma das questões prioritárias foi reunir parte do material específico para realizar a consulta e obter autorização por parte do ACES para avançar com a implementação da consulta do pé diabético.

Como estratégia para ultrapassar estes dois grandes obstáculos, fomos dividindo o projeto em duas fases temporais, de forma a avançar com um grupo restrito de utentes diabéticos e posteriormente implementá-lo a todos os utentes diabéticos do Centro de Saúde.

5.3 – Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

Na fase de implementação do projeto delineado, a seleção de estratégias foi importante no planeamento em saúde, uma vez que, permitiu-nos obter um processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários, propõe-nos novas formas de atuação para alcançar os objetivos predefinidos, podendo levar-nos desta forma a revisão dos objetivos e ainda a evidência e/ou escassez ou não de recursos para o planeamento (Tavares, 1990).

Este projeto foi construído a medida que decorreu e assim cada reunião com a orientadora do mestrado e a equipa no terreno, foi um momento de avaliação, discussão e reformulação de estratégias, de forma flexível, sendo ajustado de uma forma contínua e dinâmica.

Pre vemos neste projeto, o trabalho em equipa multidisciplinar a discussão e planeamento em grupo de todas as etapas do mesmo. Nestas reuniões após a consulta, procuramos fazer um balanço das consultas anteriores e das situações que iam surgindo,

identificando os aspetos positivos e os negativos, tentando sempre corrigir os aspetos menos favoráveis, utilizando uma metodologia ativa, participativa que envolvessem os utentes para que se sentissem á vontade para verbalizar sentimentos, dificuldades e colocassem dúvidas, de forma a motiva-los para o auto-cuidado do seu pé.

Por outro lado, aguardamos autorização por parte do ACES Central para implementar a segunda fase do projeto, que nos permitirá alargar todo o trabalho descrito anteriormente a todos os diabéticos do Centro de Saúde de Olhão, que deverá estar concluído até 2013, que permitirá não só observar o pé diabético, mas tratar situações específicas, como por exemplo as hiperqueratoses.

“Salienta-se mais uma vez a importância do diagnóstico do pé diabético e fica clara a vantagem de abordar um pé na vertente preventiva e não apenas curativa, já que assim se melhoram os cuidados e a qualidade de vida dos indivíduos diabéticos” (Leite, 2010, p. 15).

5.4 – Recursos materiais e humanos envolvidos

A identificação dos recursos humanos e materiais é essencial, já que da sua determinação dependerá o processo de planeamento (Tavares, 1990). Os recursos deverão ser adequados às necessidades estimadas como garantia do sucesso das intervenções.

Para a concretizarmos a primeira fase deste projeto, utilizamos os seguintes recursos disponíveis no Centro de Saúde de Olhão:

Recursos Humanos:

- 1 Médico de Medicina Geral e Familiar;
- 1 Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária;
- 1 Assistente Operacional;
- 1 Assistente Técnico;
- Pontualmente, colaboração do Assistente Social.

Recursos Material:

- Gabinete de Enfermagem;
- Computador com programa SAPE/SINUS
- Impressora
- Papel
- Monofilamento de Semmes-Weinstein 10g
- Diapasão de 128Hz
- Aparelho de Doppler bi-direccional, quando necessário.

Numa segunda fase, com a autorização para criação de uma consulta individualizada do pé diabético e com recursos materiais reunidos pelo ACES, será necessário para além do material já mencionado:

- Sala ou gabinete apropriado com marquesa;
- Micromotor portátil
- Broca de vários tamanhos para unhas e calosidades
- Alicates para corte de unhas 13cm
- Limas, lixas ou goivas
- Cabo de bisturi
- Lâmina bisturi nº 15
- Curetas descartáveis
- Pinças simples retas
- Feltros

Nesta fase, cada profissional despende, em média, de aproximadamente 4h semanais para o projeto e a metodologia de trabalho assenta nos pressupostos do trabalho em equipa baseado na interdisciplinaridade. Esta interdisciplinaridade é conseguida graças à definição de objetivos comuns e baseada numa relação franca, empenhada e de diálogo constante.

Relativamente ao espaço físico, na fase inicial para o atendimento individualizado ocorreu num gabinete de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, que está equipado com secretaria, computador para registos, marquesa e bancada de apoio para o material.

5.5 – Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

Um projeto de intervenção comunitária como o que este relatório descreve tem obrigatoriamente que contar com o envolvimento da comunidade em que está inserido para ser válido.

No sentido de dar conhecimento das atividades que foram desenvolvidas no âmbito da criação da consulta do pé diabético, procedemos inicialmente à apresentação e discussão gradual do projeto com a professora orientadora do mestrado.

Relativamente à divulgação do projeto e implementação do mesmo efetuamos contactos diretos através do envio de email (ver Anexo 3) com ARS Algarve IP e com o respetivo ACES Central, de forma a envolve-los no projeto, e posteriormente com os coordenadores das diferentes unidades do Centro de Saúde de Olhão.

No entanto, por parte da ARS Algarve IP ainda não foi possível obter resposta e realizar uma reunião formal, de forma a dar a conhecer em concreto o projeto e os recursos necessários para a sua implementação, uma vez, que a mesma encontra-se em reestruturação, com a nomeação de um novo Presidente. Também se encontra em reorganização o ACES Central, pois foi nomeado um novo Conselho Clínico.

No entanto, o atual Diretor Executivo do ACES Central está a par da situação, e em conversa informal, numa das suas vindas ao Centro de Saúde, achou o projeto muito interessante e pertinente.

Também houve o cuidado de envolvermos a equipa da Consulta de Pé Diabético do Hospital de Faro, EPE, pois foram peças fundamentais na transmissão de experiências e conhecimentos e na articulação e encaminhamento dos utentes diabéticos que necessitem de cuidados mais diferenciados. Foram realizados contactos com os colegas

da consulta do pé diabético do Hospital de Faro, EPE, no sentido de realizar duas observações a consulta multidisciplinar e de enfermagem do pé diabético, para perceber o funcionamento da consulta e cuidados prestados na mesma, a nível do exame ao pé, abordagem do tratamento à ferida, calçado e material ortostático.

Na segunda fase do projeto, no sentido de divulgar o projeto internamente pelas equipas de saúde do Centro de Saúde e pelos utentes foi criado um cartaz de divulgação (Anexo 2), e também irão ser envolvidas os coordenadores médicos e de enfermagem das várias unidades funcionais.

5.6 – Análise da estratégia orçamental

A gestão de custos inclui um conjunto de processos que permite a um projeto decorrer num determinado orçamento no sentido de este ser viável. A gestão dos custos focaliza-se essencialmente nos custos dos recursos necessários para realizar as atividades do projeto. A mesma deve ter em consideração que os vários intervenientes têm diferentes necessidades em termos de perspetivar os custos.

No decorrer de um projeto é necessário avaliar as despesas orçamentais para as quais se apresentam os cálculos dos custos previstos para o desenvolvimento do projeto, detalhados em custos diretos, de recursos indisponíveis e com necessidade direta de aquisição e custos indiretos de recursos já disponíveis que devem ser otimizados e rentabilizados sem necessidade direta de aquisição.

CUSTOS DIRETOS				
RECURSOS		CUSTO	QUANTIDADE	TOTAL
Micromotor portátil		326€	1	326€
Brocas de vários tamanhos unhas/calosidades		Desde 14€	1	14€
Alicate para corte de unhas 13cm		26€	10	260€
Limas, lixas ou goivas		14€	30	420€
Cabos de bisturi nº 3		4.50€	15	67.50€
Lâminas de bisturi nº 15 – cx100 uind.		17€	1	17€
Curetas descartáveis		13.50€	30	405€
Pinças simples rectas 8cm		1.80€	30	54€
Feltros 2mm		3.50€	Cx 10 unid.	30.50€
Feltros 8mm		10€	Cx 4 unid.	30.00€
Total:				1624€
CUSTOS INDIRETOS				
RECURSOS		CUSTO	QUANTIDADE	TOTAL/MÊS
Recursos Humanos	Enfermeiro	7.5€/hora	4 horas/semana	30€
	Médico	11€/hora	4 horas/semana	44€
	Assistente Técnico	6€/ hora	4 horas/semana	24€
	Assistente Operacional	4.5€/ hora	4 horas/semana	18€
Recursos Materiais	Computador	650€	1	650€
	Impressora	70€	1	650€
	Material de Escritório	5€	1/semana	20€
	Monofilamento de Semmes-Weinstein	22€	1	22€
	Diapasão de 128 Hz	65€	1	65€
	EcoDoppler vascular 8 MHz	685€	1	685€
Total:				2208€

5.7 – Cumprimento do cronograma

O cronograma, citando Carvalhosa (et al, 2010), é um elemento fundamental para a vida do projeto, pois servirá como base referencial para a execução e acompanhamento do mesmo, bem como para futuras avaliações.

O cronograma deste projeto (Anexo 4) numa fase inicial foi cumprido na globalidade, aguardamos resposta para avançar numa segunda fase, tendo como meta implementar a consulta até 2013.

Os restantes aspetos da operacionalização do projeto também foram cumpridos de acordo com o previsto. Quanto aos momentos de avaliação estes foram-se realizando regularmente ao longo do tempo.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

6.1 – Avaliação dos objetivos

A avaliação em saúde corresponde ao processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos, traduzidos por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. A sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão.

A Organização Mundial de Saúde (citado por Tavares, 1990) define avaliação como uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente.

Sendo comumente designada como a última etapa do processo de planeamento em saúde, a avaliação integra-se também em cada uma das etapas anteriores uma vez que “o planeamento da saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico. Em saúde não se poderá considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la.” (Giraldes & Imperatori, 1993).

A finalidade da avaliação será melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência. Desta forma, avaliar significa determinar o valor das intervenções realizadas. Tavares (1990) não hesita mesmo em afirmar que a avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias ao nível da adequação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1981) citada por Tavares (1990), a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Sendo o final do planeamento, integra-se também em cada uma das suas etapas. Avaliar de forma correta é a única forma de

comparar o estado inicial e final da população-alvo. Avaliar é calcular o valor das intervenções efetuadas. Avalia-se para melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência.

Como instrumento de avaliação no decorrer das atividades foram realizadas reuniões de equipa, com o objetivo de refletir sobre o impacto que estas proporcionaram na população alvo.

O projeto não obedeceu a uma estrutura rígida, podendo por isso ser alterado de acordo com as necessidades específicas da população apresentada.

Para proceder a avaliação tivemos em consideração:

- Número de utentes diabéticos, encaminhados para a consulta por outros profissionais (na segunda fase do projeto);
- Número de utentes diabéticos consultados e avaliados na consulta de enfermagem;
- Número de utentes diabéticos consultados com registo de risco de ulceração do pé;
- Número de utentes diabéticos consultados com registo de ulceração do pé;
- Número de utentes diabéticos consultados com registo de amputações;
- Número de utentes diabéticos consultados com referenciação para consulta nível II (hospital de referência);
- Número de utentes diabéticos consultados com registo de internamento (na segunda fase do projeto);
- Tratamento dos dados recolhidos através da base de dados SAPE.

6.2 – Avaliação da implementação do programa

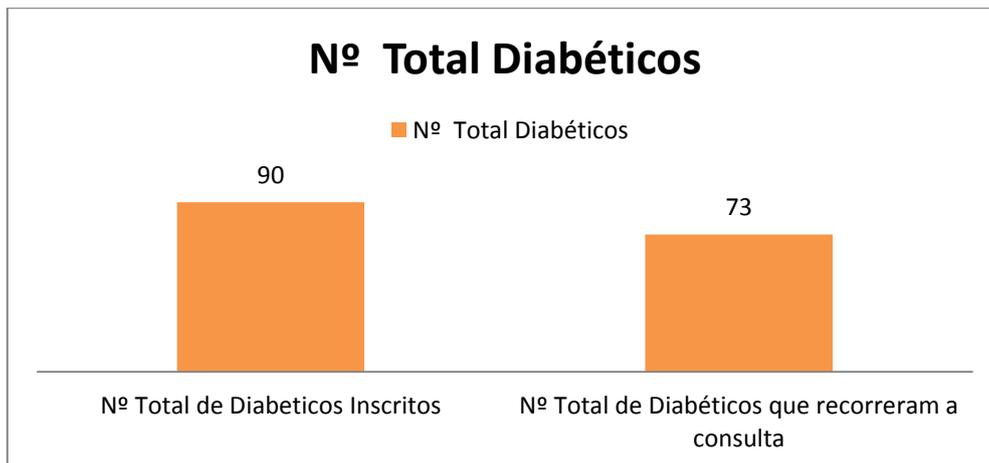
O acompanhamento e a avaliação do projeto são extremamente necessários e importantes, uma vez que existe necessidade de verificar se os objetivos propostos estão

a ser alcançados, e se eventualmente haverá necessidade de alterar alguma estratégia de atuação.

Relativamente, a concretização do objetivo geral deste projeto “*promover a saúde dos diabéticos, prevenindo a complicação de pé diabético, nas pessoas com diabetes que frequentam a consulta de enfermagem, do Centro de Saúde de Olhão*”, estes primeiros meses de desenvolvimento permitiu-nos, conhecer melhor o grupo de diabéticos com alteração no pé, as suas necessidades e se adere a este tipo de iniciativas, estabelecendo com estes vínculos afetivos e fidelizar uma parte deles a vigilância periódica do pé. É um trabalho que não conseguimos só na primeira consulta, mas com o passar do tempo, persistindo regularmente no seu autocuidado ao pé. A boa receptividade que este projeto teve junto da comunidade diabética e profissional é também outro sinal de reconhecimento e agrado para a equipa, mesmo limitado no tempo, nos recursos materiais e no número de utentes atendidos.

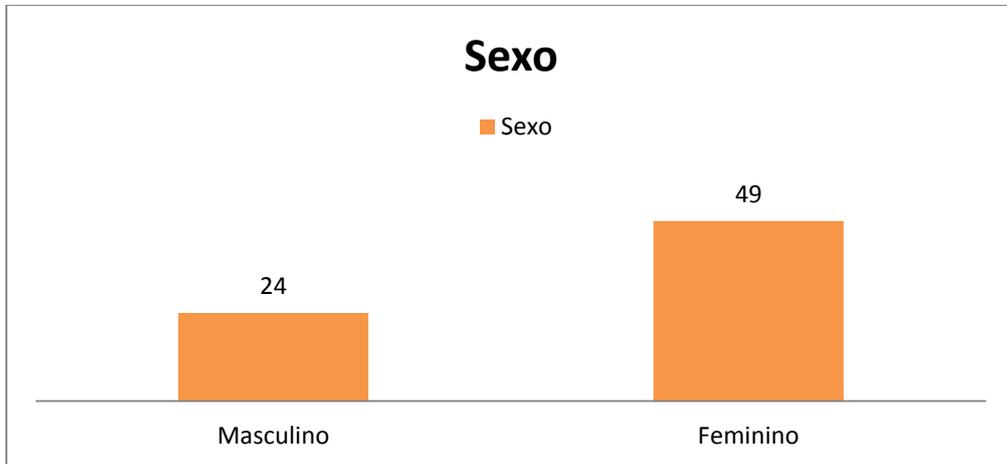
Assim, dos 90 diabéticos que correspondiam a amostra inicial da população-alvo, apenas foi possível observarmos 73, isto devido a períodos de ausência por férias, quer médico, quer de enfermagem, o que condicionou o número de consultas.

Gráfico 1 – Número total de Diabéticos que recorreu a consulta



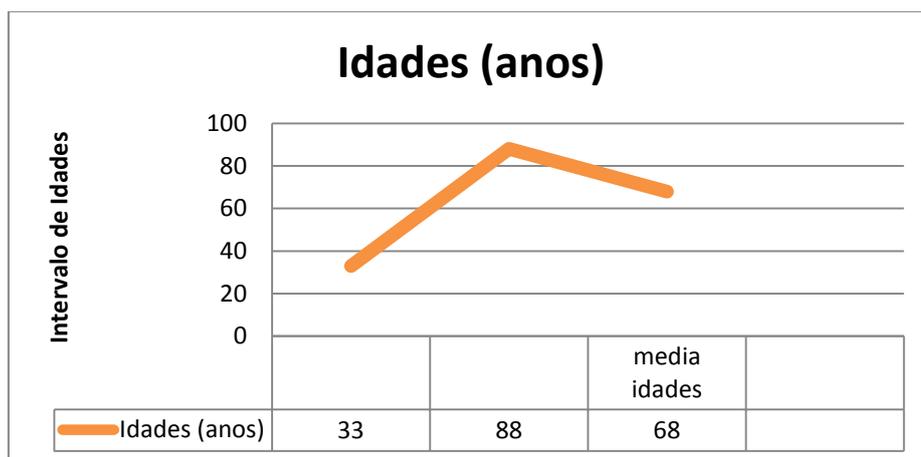
Relativamente ao sexo, verificamos que existe um maior número de mulheres (49) que recorrem a consulta do que homens (24).

Gráfico 2 – Distribuição por género



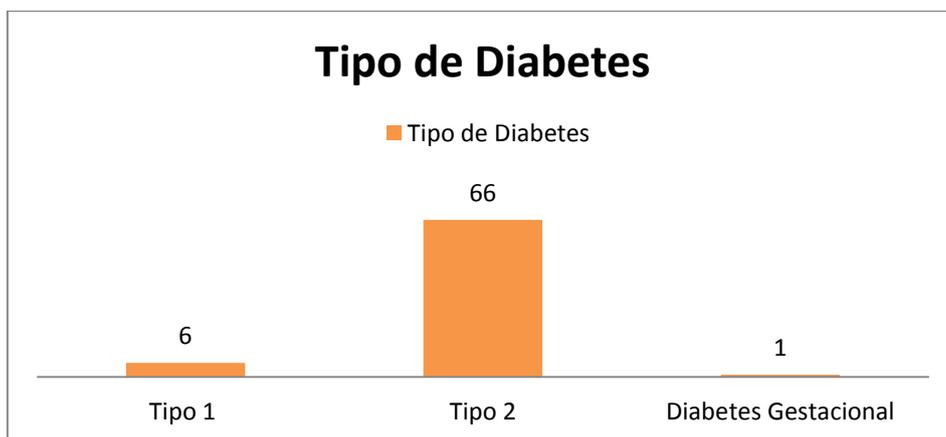
No que diz respeito das idades, verificamos que a média de idades ronda os 68 anos, tendo sido observados na consulta utentes entre os 33 e os 88 anos.

Gráfico 3 - Média de Idades



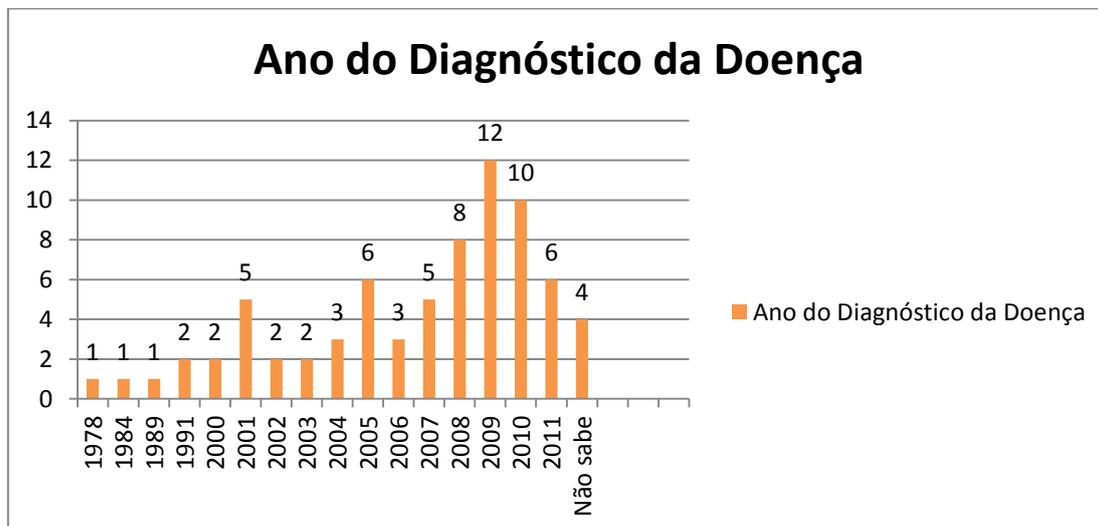
Observando o gráfico 4, em relação ao tipo de diabetes, verificamos que dos 73 diabéticos, 66 são diabéticos do tipo 2, 6 são do tipo 1 e 1 tinha diabetes gestacional.

Gráfico 4 – Tipo de Diabetes



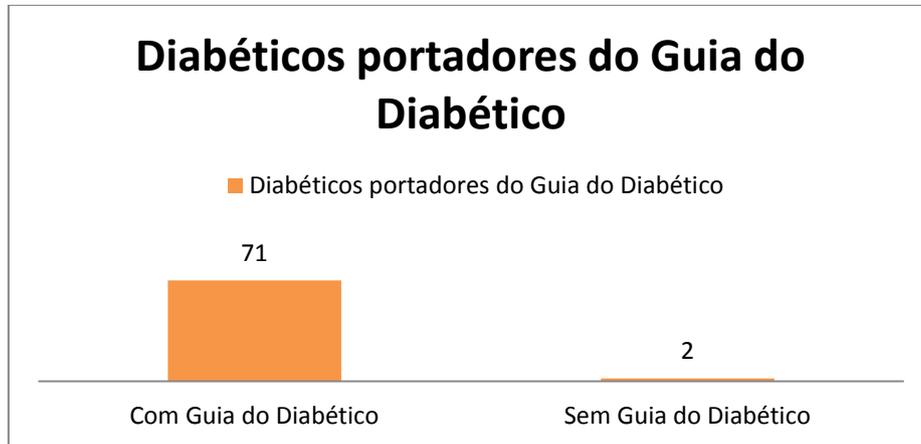
Relativamente aos anos de diagnóstico da doença são muito variáveis, no entanto dos diabéticos observados o ano de 2009 é o que se destaca, sendo curioso o grande acréscimo de indivíduos a partir do ano 2000, talvez devido a um melhor diagnóstico dos indivíduos diabéticos.

Gráfico 5 – Ano de Diagnóstico da Doença



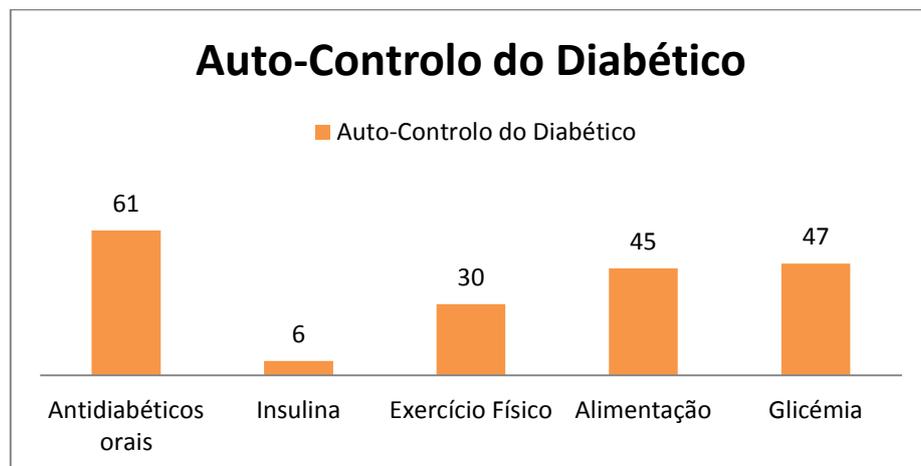
Apesar da obrigatoriedade do Guia do Diabético na consulta, verificamos no gráfico 6, 2 dos diabéticos observados não eram portadores do Guia do Diabético.

Gráfico 6 – Diabéticos portadores do Guia do Diabético



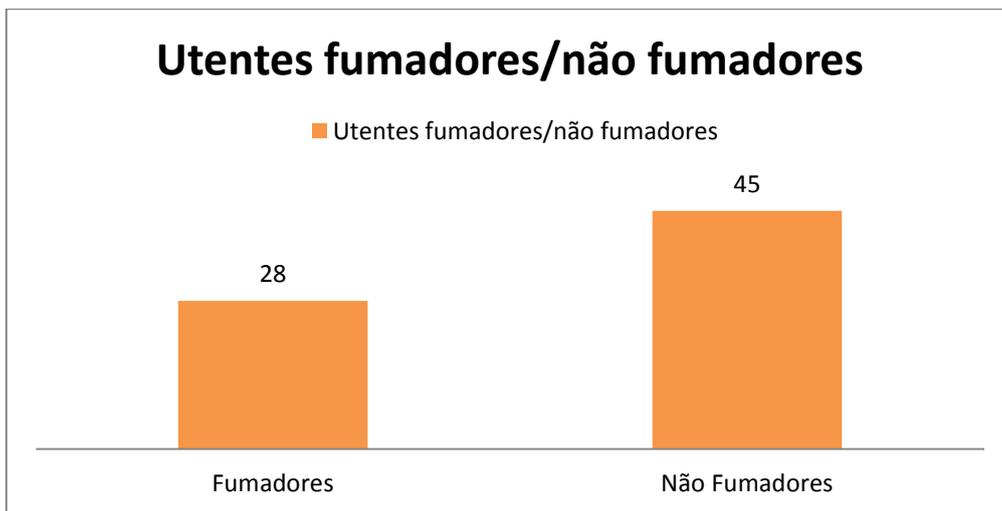
Segundo o gráfico 7, que reflete o número de indivíduos que realizam o seu auto controlo, verificamos que dos 73 diabéticos observados, 61 indivíduos tomam antidiabéticos orais, 6 indivíduos administram insulina, 30 indivíduos praticam algum tipo de atividade física, 45 indivíduos associam o autocontrolo a uma alimentação equilibrada e 47 indivíduos realizam teste de glicemia para o seu auto controlo.

Gráfico 7 – Auto-controlo do Diabético



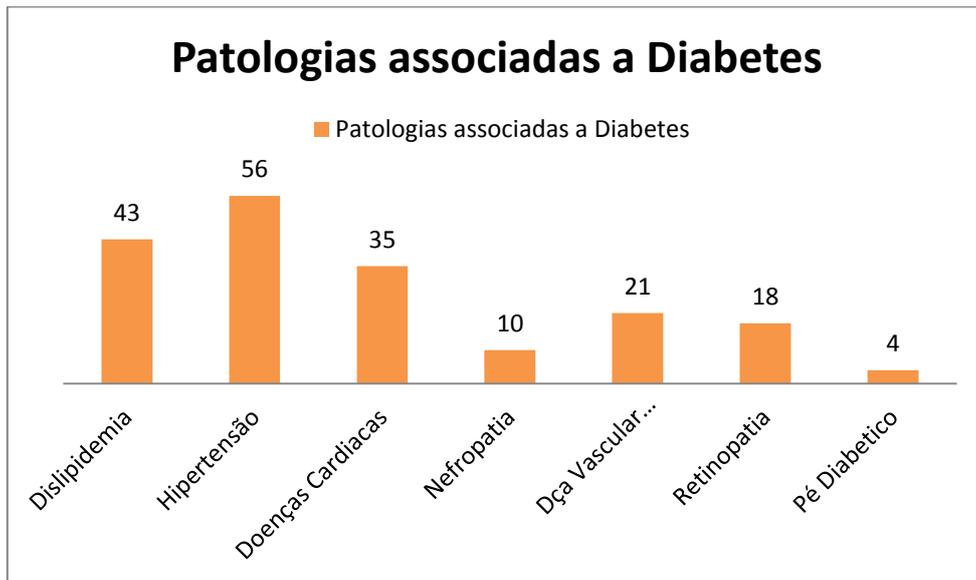
Relativamente, aos diabéticos observados na consulta de pé diabético, 28 são fumadores e 45 são não fumadores.

Gráfico 8 – Utentes fumadores/não fumadores



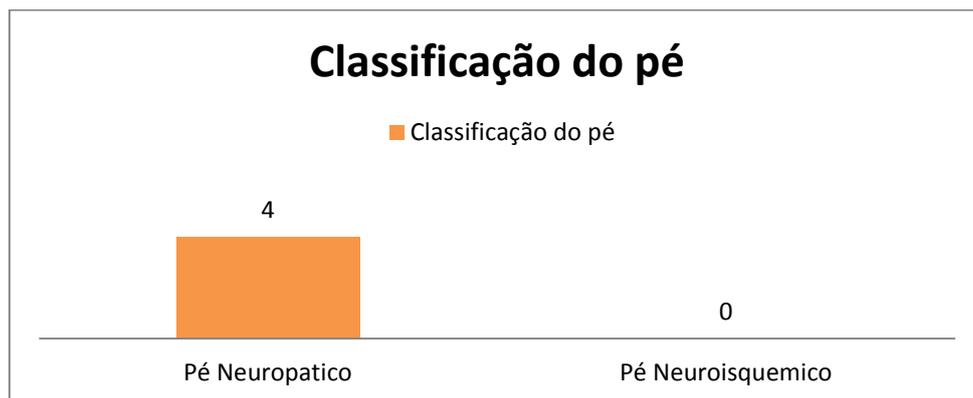
No que diz respeito as patologias associadas a diabetes, 43 dos diabéticos observados apresentavam dislipidemia, 56 tinham associado a hipertensão, 35 dos diabéticos tinham patologia cardíaca, 10 patologia renal, 21 patologia circulatória, 18 retinopatia e 4 alterações a nível dos pés. Nalguns dos casos verificamos mais do que duas das patologias observadas.

Gráfico 9 – Patologias associadas a Diabetes



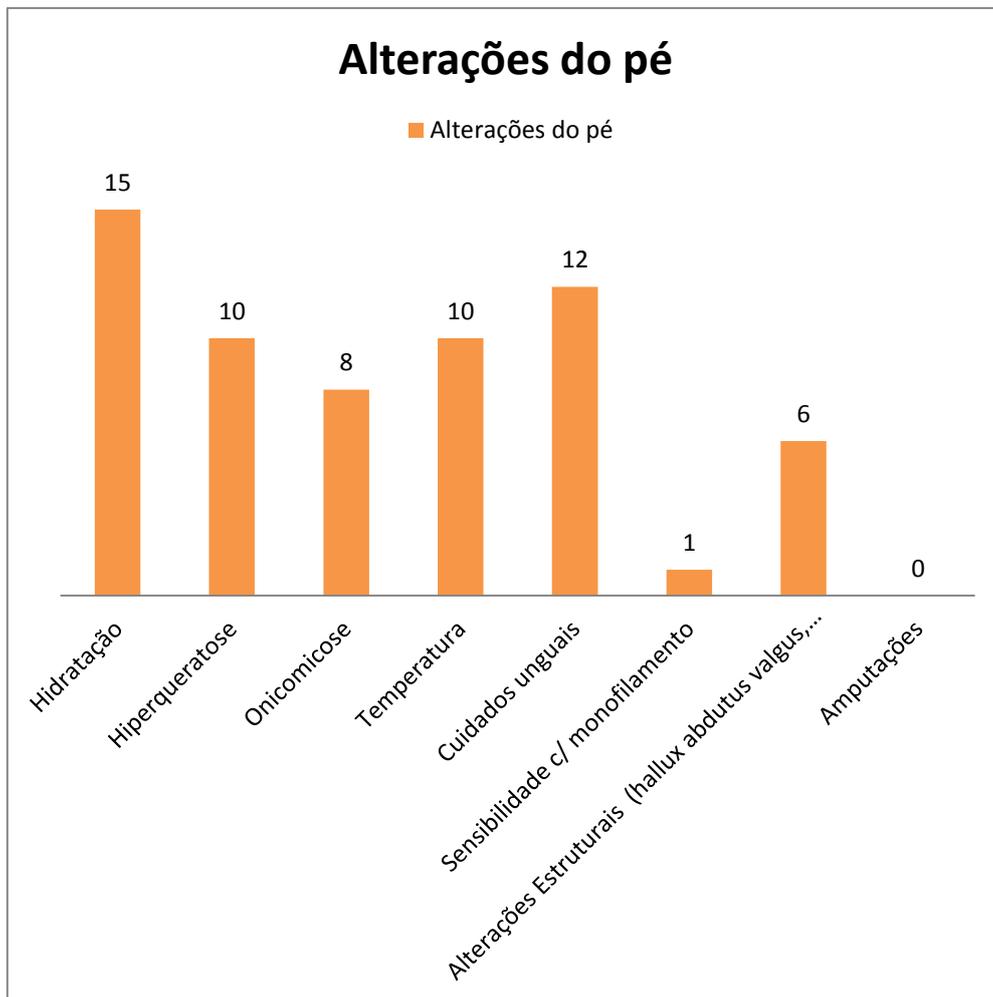
Relativamente, ao tipo de classificação do pé, dos diabéticos observados, 4 apresentavam um pé neuropático, tendo sido ambos do sexo masculino.

Gráfico 10 – Classificação do pé



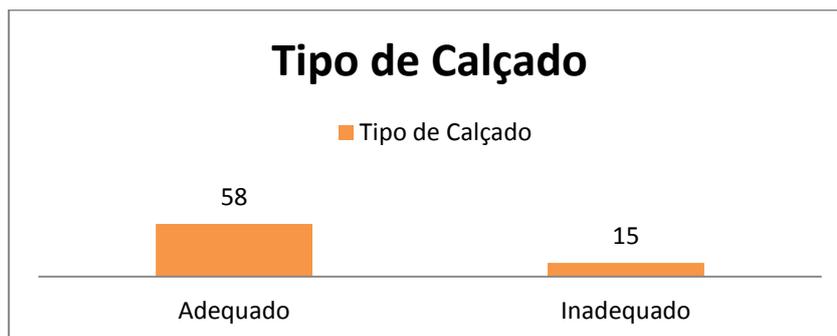
No que diz respeito ao tipo de alterações verificadas nos pés, 15 apresentaram a pele desidratada, 10 apresentaram hiperqueratoses na zona plantar, 8 apresentavam onicomicoses principalmente no 1º dedo do pé, 10 apresentavam os pés frios, 12 apresentavam cuidados ungueais diminuídos, 1 apresentava alteração ao teste do monofilamento e 6 apresentavam deformidades (hallux).

Gráfico 11 – Alterações verificadas no pé



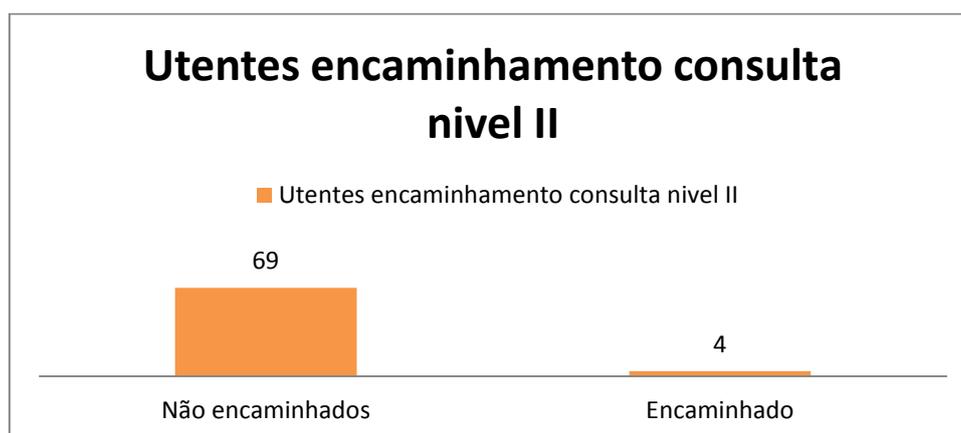
Relativamente ao tipo de sapato utilizado pelos diabéticos, 15 dos indivíduos apresentavam calçado pouco adequados, ou seja, deformado, tacão demasiado alto, sola demasiado fina e estreitamento da biqueira, ao contrário 58 que apresentavam sapatos dentro dos requisitos.

Gráfico 12 – Tipo de Calçado



No que diz respeito aos utentes encaminhados com alteração do pé diabético, 4 dos diabéticos foram encaminhados para consulta de referenciação do Hospital de Faro, EPE.

Gráfico 13 – Utentes encaminhados para consulta nível II



6.3 - Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Para Tavares (1990) a avaliação ainda que possa ser considerada a última etapa do planeamento em saúde, poderá relançar um novo ciclo, e se for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico e á reformulação de objetivos e metas.

As reuniões de equipa no fim de cada consulta revelaram-se de extrema importância, pois permitiram-nos avaliar o que tinha acontecido e introduzir medidas corretivas entre cada consulta. Também permitiram discutir cada caso e aprofundar melhor cada patologia. Verificamos que de fato o utente diabético carece de muita informação de como cuidar os seus pés e a importância de observa-los e trata-los adequadamente pode fazer a diferença. Além disso facilitou-nos cada vez mais, a abordagem a ter na consulta seguinte, mantendo a equipa envolvida e motivada para a tarefa.

No que diz respeito ao planeamento operacional de execução do projeto, este não sofreu medidas corretivas, porque até ao momento não foram necessárias, uma vez que o projeto encontra-se numa fase inicial e restrita a um grupo mais pequeno, do universo de utentes diabéticos do Centro de Saúde de Olhão.

Provavelmente, com o avanço do projeto para a segunda fase em que teremos oportunidade de observar algumas patologias mais específicas, iremos adquirindo mais competências nesta área e experiência que permita a equipa aperfeiçoar este projeto.

Em relação a folha de colheita de dados, esta sim foi alvo de alteração, uma vez que a folha inicial encontrava-se insuficiente, tendo sido introduzido “características do doente”, onde eram registados antecedentes pessoais, hábitos alimentares, autocontrolo, gestão do regime terapêutico e limitações motoras; na “observação/exame do pé”, foi acrescentado as alterações na pele e unhas, alterações estruturais, o tipo de calçado, o tipo de resposta ao exame do monofilamento e diapasão, se apresentava claudicação, dor em repouso e presença de pulsos e também foi introduzido uma coluna que nós permitiu classificar o pé quanto ao grau de risco que esse pé apresentava.

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPÊTÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.

O pé diabético é uma complicação da diabetes e por este motivo não pode ser tratado isoladamente. O tratamento para este problema deve assentar numa prática diária de atividade física, num plano alimentar correto, na monitorização dos níveis glicémicos, terapêutica farmacológica, quando necessário e na educação individualizada do utente (Luciano & Lopes, 2006 citado por Costa, 2010).

O controlo metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crónicas da diabetes, resultando numa melhoria da qualidade de vida do indivíduo diabético (Gil, Haddad e Guariente, 2008 citado em Costa, 2010).

O enfermeiro ao realizar um projeto deste tipo, com toda a sua especificidade, depara-se sempre com um desafio para o seu crescimento e desenvolvimento pessoal, técnico e científico, por este ser tão diverso e abrangente e por lidar com a vertente da promoção da saúde e prevenção da doença, de forma a sensibilizar a população para a mudança de mentalidades e comportamentos, objetivo tão relevante, no entanto pouco valorizado por ter visibilidade apenas a longo prazo.

A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, através das mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica, tal como, se pretendeu abordar neste trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

É nesta ótica, que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes indivíduos, proporcionando efetivos ganhos em saúde. Assim, evidenciam-se as

atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade, responsabilizando-se por identificar as necessidades e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridades com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A aventura em que esta equipa jovem e inexperiente embarcou revelou-se num enorme território de afetos em que todos os envolvidos deram e receberam.

Mas a inexperiência desta equipa, associada às dificuldades inerentes à implementação da consulta de enfermagem do pé diabético, talvez não tenha sido facilitadora deste processo, pois observar um pé diabético requer conhecimentos e prática.

As principais limitações encontradas neste percurso foram essencialmente a falta de resposta para avançar rapidamente com o projeto.

Deste processo uma coisa ficou clara, a importância do trabalho em equipa multidisciplinar é absolutamente fundamental, assim como é muito importante a visão do Enfermeiro Comunitário. A sua formação ao nível do planeamento em saúde e intervenção comunitária, conferem-lhe ferramentas adequadas ao trabalho num projeto desta natureza, pois é este profissional que no seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na aquisição de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A atuação do enfermeiro junto à equipa de saúde é muito importante no sentido de orientar os indivíduos diabéticos sobre os cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento das úlceras, mentalizando-o que os seus pés são sensíveis e por isso devem evitar traumas seja mecânicos, químicos ou térmicos, através da adoção de medidas simples, como a higienização, a hidratação e o uso de sapatos adequados (Gil et al, 2008 citado por Costa, 2010).

O enfermeiro não actua apenas na assistência a partir da doença, mas o seu trabalho está focado na capacidade de agir com criatividade e senso crítico, mediante uma prática

humanizada e competente, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (Ramos et al, 2009 citado por Costa, 2010).

Por outro lado, é fundamental a participação da família no processo educativo do indivíduo diabético, pois contribui para adesão do tratamento, na medida em que serve como fonte de apoio emocional nos momentos em que o mesmo se sente impotente diante dos desafios advindos da doença (Moreira et al, 2008, citado por Costa, 2010).

As consultas de enfermagem ajudam a atingir uma excelência no cuidado, pois as necessidades do indivíduo são avaliadas constantemente, podendo fomentar o conhecimento do diabético sobre o seu estado e conseqüentemente, melhorar o controlo glicémico, o peso, os hábitos alimentares, a atividade física e o bem-estar psicológico (Curcio, Lima & Torres, 2009 citado por Costa, 2010), aliada ao conhecimento científico específico e à habilidade técnica.

A sobreposição temporal entre o projeto que este relatório descreve e a experiência profissional especializada do enfermeiro não é apenas temporal. Entendemos este “*Promover a saúde, prevenindo o pé diabético*” como um projeto ainda em construção, em crescimento, assim como as competências e agilidades destes profissionais especializados na fascinante área da Enfermagem Comunitária. No entanto, esta primeira fase do projeto que foi claramente concretizada, não poderá refletir a realidade de todo o Centro de Saúde, pois com certeza haverá, infelizmente, uma realidade mais negra em termos de problemas a identificar, sendo necessário agir cada vez mais cedo nesta problemática do pé diabético, pois é um problema iminente. Cabe-nos apenas concretizar a segunda fase do projeto, de forma realizar este tipo de cuidados a um maior número de utentes diabéticos possíveis.

Este projeto, ainda que numa fase inicial, foi rico em experiências e de grande utilidade para a nossa aprendizagem, no que diz respeito a abordagem do pé diabético, pois permitiu-nos adquirir uma educação, a qual foi entendida como sinónimo de mudança de comportamentos, face à aquisição de um estilo de prática profissional na área dos cuidados de saúde primários. Também se norteou por uma filosofia partilhada por muitos “o trabalhar num projeto em que se acredita é assumir a tarefa que nos compete”, com o intuito de contribuir com determinação para uma saúde oportuna, equitativa e participativa.

Desta forma, a principal reflexão que fica deste projeto, é a constatação da importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, pela riqueza de experiência que foi poder intervir numa população identificada que necessitava de intervenção. O termo-nos sentido “úteis”, o poder “ajudar” e o “sentir” a receptividade daquelas pessoas fez sentirmo-nos “verdadeiramente enfermeiro”.

Estamos conscientes que conseguimos envolver os recursos existentes na comunidade assim como conseguimos ultrapassar os obstáculos que foram surgindo durante o decorrer do trabalho, contribuindo desta forma, para o sucesso do projeto.

CONCLUSÃO

O pé diabético é uma das complicações mais comuns da diabetes, entidade com fisiopatologia complexa e de prevalência elevada, dependendo a sua prevenção e controlo, de ações de saúde paradoxalmente simples e que dependem, fundamentalmente, de educação e interações multidisciplinares (Caiafa et al, s.d).

Da população observada verificamos que existe uma maior frequência de diabéticos do sexo feminino do que masculino, podendo estar relacionada à maior procura de cuidados de saúde pelas mulheres, porém cabe-nos destacar que há maior risco para desenvolver úlceras nos pés nos indivíduos diabéticos do sexo masculino com mais de 10 anos de evolução da doença.

Relativamente aos estilos de vida, as pessoas fumadoras têm maiores probabilidades de sofrerem consequências negativas nos membros inferiores, como amputações 4 a 6 vezes mais frequentes, em relação aos não fumadores. Sabemos que a ausência de exercício físico de forma regular pelos diabéticos prejudica o fluxo sanguíneo da pele dos pés e contribui para a ulceração (Caiafa et al, s.d).

Quanto aos problemas de saúde associados a diabetes, o que teve maior destaque foi a hipertensão arterial. A associação, da diabetes e da hipertensão arterial tornam o quadro mais alarmante e negativo, por serem duas doenças cujos sintomas não são frequentes nos primeiros anos de evolução, deixando estas pessoas em risco, para várias complicações macro e microvasculares.

No que diz respeito aos cuidados com os pés, a maioria dos diabéticos relatam não examina-los, apresentando calosidades, deformidades, pele desidratada e deficientes cuidados unguais. Todas as reduções funcionais, sensoriais e músculo-esqueléticas podem contribuir para a diminuição da qualidade de vida e para o aparecimento de úlceras plantares, que poderiam ser evitadas, com a execução de um programa preventivo eficaz. A prevenção é um dos principais aspetos a serem orientados aos indivíduos de forma a evitar complicações (Sacco et al, 2007).

Educar uma população diabética, adulta e até mesmo idosa para a necessidade de cuidados especiais ao pé, é difícil, principalmente pela resistência à mudança de vivências muito longas, com rotinas que não são fáceis de abandonar. Constituem no entanto objeto principal dos nossos cuidados, porque a saúde é o recurso pessoal mais importante para uma vida de qualidade. Há que preservar as competências físicas e mentais dos indivíduos garantindo-lhes a sua autonomia e independência. É fundamental que a população diabética tenha presente que pode e deve exercer determinado controlo sobre o seu estado de saúde, e tem que ter sempre presente que esta participação ativa é muito positiva, fomenta o respeito entre as pessoas e nesta perspectiva a **relação educativa** é caracterizada por fazer algo “**com os outros**” em vez de “**para os outros**”. Sensibilizar os indivíduos, para esta realidade e para a importância que os seus estilos de vida refletem na sua própria saúde.

No entanto, nem tudo é linear é necessário passar por muitas dificuldades, ultrapassar muitos obstáculos e quebrar muito gelo, porque nem sempre a mensagem é bem recebida e acarreta incómodos e custos. Por vezes, estamos acomodados ao quotidiano, não querendo dar aquele passo em frente para ultrapassar o que já é conhecido.

Ainda existem muitos obstáculos para ultrapassar, pois existe pouca atenção governamental, restrições orçamentais, desconhecimento e preconceito por parte de utentes, familiares e equipas de saúde. A expansão do conhecimento científico rigoroso é apenas uma das barreiras a serem vencidas (Bouskela & Virgini-Magalhaães, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Administração Regional de Saúde do Algarve IP (2011). *Observatório Regional da Saúde: perfil de saúde*. Acedido em 29/9/2011, disponível em http://www.arsalgarve.minsaude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=1424&Itemid=172&lang=pt.
- 📖 Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009). *Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de úlceras dos pés em diabéticos – pé diabético*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Directoria de Desenvolvimento Setorial, Acedido em 29/9/2011, disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Informe_ATS_n05.pdf.
- 📖 Andrade, M., Menezes, T. & Silva, J. (2009). O processo de educação em saúde na prevenção e controle do pé diabético: implicações para o enfermeiro no processo de atenção básica. *Informe-se em promoção da saúde*. Vol. 5 (Nº 1) 4-6. Acedido em 4/10/2011, disponível em <http://www.uff.br/promocaodasaude/pediabetico.2.pdf>
- 📖 Anica, A. C. (1994). *Freguesias, vilas e cidades do Algarve (sua antiguidade e população)*. Vila Real de Santo António: Edições Viprensa.
- 📖 Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2009). *Diabetes tipo 2: um guia de apoio e orientação*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- 📖 Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2010). *Pé diabético: caminhado para um futuro melhor*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- 📖 Baccili, E. et al (2001, Outubro). Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. Vol. 45 (Nº 5), Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v45n5/6860.pdf>.
- 📖 Barros et al (2003, Janeiro/Março). Pé diabético: estudo comparativo entre diferentes formas de apresentação clínica e tratamentos. *Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculard*, Vol. 12 (Nº1), Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.sbacvrj.com.br/paginas/revistas/pdf/2003/01/Pe-Diabetico.pdf>

- 📖 Brasileiro et al (2005). Pé diabético: aspectos clínicos. *Jornal Vascular Brasileiro*, Vol. 4 (Nº1), 11-21, Acedido em 23/9/2011, em <http://www.jvascbr.com.br/05-04-01/05-04-01-11/05-04-01-11.pdf>.
- 📖 Berlese, D., Borchardt, J., Moreira, M. & Tavares, R. (2009, Setembro). Perfil dos indivíduos com diabetes melito que sofreram amputações na região do Vale do Sinos/RS. *Revista Conhecimento Online*. Vol. 1, 1-9, Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://aplicweb.feevale.br/site/files/documentos/pdf/32684.pdf>.
- 📖 Bouskela, E. & Virgini-Magalhães, C. (2008). Pé diabético e doença vascular – entre o conhecimento académico e a realidade clínica. *Arquivo Brasileiro de Metabolismo*. Vol. 52 (Nº 7). Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n7/02.pdf>.
- 📖 Caiafa, J. et al (s.d.). *Atenção integral ao portador de pé diabético*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://sbacv.com.br/pdf/manual-do-pe-diabetico-final.pdf>.
- 📖 Caiafa, J. & Canongia, P. (2003). Atenção integral ao paciente com pé diabético: um modelo descentralizado de atuação no Rio de Janeiro. *Jornal Vascular Brasileiro*. Vol. 2 (Nº1), 75-78, Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.jvascbr.com.br/03-02-01/03-02-01-75/2003-1-75.pdf>
- 📖 Câmara Municipal de Olhão (2011). Acedido em 23/9/2011, disponível em http://www.cmolhao.pt/portal_autarquico/olhao/v_ptPT/menu_turista/concelho/história/
- 📖 Carrasco, J. (2007, Junho). Programa Nacional de Controlo da Diabetes: factores que influenciaram a implementação do PNCD e a consecução dos seus objectivos. *Revista Portuguesa de Diabetes*. Vol. 2 (Nº 2) 5-9. Acedido em 29/9/2011, disponível em http://www.evolute.pt/~spd/ficheiros_joomla/revista/diabetes_2_2007_06.pdf
- 📖 Coelho, M., Silva, D. & Padilha, M. (2009, Março). Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Escola de Enfermagem da Unidade de Saúde Pública*. Vol. 43 (Nº 1) 65-71 Acedido em 24/9/2011, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/08.pdf>.
- 📖 Costa, D. (2010). *O pé diabético nas acções do serviço de enfermagem na estratégia saúde da família*. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de

- Minas Gerais. Itabirinha. Acedido em 29/9/2011, disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2893.pdf>.
- 📖 Duarte, N. & Gonçalves, A. (2011, Junho). Pé diabético. *Angiologia e Cirurgia Vasculiar*. Vol. 7 (Nº 2), Acedido em 24/9/2011, disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ang/v7n2/v7n2a02.pdf>.
- 📖 Farias, D. et al (2011, Outubro/Dezembro). Amputações por pé diabético e factores sociais: implicações para cuidados preventivos de enfermagem. *Revista Rene*. Vol. 12 (Nº 4) 684-91. Acedido em 29/9/2011, disponível em http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_html_site/a04v12n4.html
- 📖 Gambas, M. et al (2004). Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Publica*. Vol. 38 (Nº3) 399-404. Acedido em 6/12/2011, disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n3/20657.pdf>.
- 📖 Gentil Diniz, M.I. et al (2009, Fevereiro). O entrelaçar histórico da consulta de enfermagem com a vivência profissional. *Enfermagem Global*. (Nº15) 1-11. Acedido em 6/4/2012, disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision3.pdf.
- 📖 Giraldes, M. & Imperatori, E. (1993). Metodologia do planeamento de saúde. Lisboa: Edições de Saúde da Escola nacional de Saúde Publica.
- 📖 Holanda, F., Leitão, G., Machado, M. (2005, Setembro/Outubro). O conceito de acção comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 13 (Nº 5) 723-728. Acedido em 6/4/2012, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a17.pdf>.
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2006). *Anuário Estatístico da Região de Portugal 2005*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2007), Acedido 5/10/2011, disponível em <http://www.ine.pt>
- 📖 Instituto Nacional de Estatística (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- 📖 Laurindo et al (2005, Abril/Junho). Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. *Arquivos de Ciências da Saúde*. Vol. 12 (Nº2) 80-84, Acedido em 24/9/2011, disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
- 📖 Leite, F. (2010). *Pé diabético*. Dissertação de mestrado publicada, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto.

- 📖 Lopes, C. F. (2003). Projecto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito. *Jornal Vascular Brasileiro*. Vol. 2 (Nº1) 79-82, Acedido em 24/9/2011, disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=364755&indexSearch=ID>.
- 📖 Lopes, C. F. (2003, Maio). *Pé diabético*. Acedido em 24/9/2011, disponível em http://www.lava.med.br/livro/pdf/cicero_diabetico.PDF
- 📖 Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2011). *Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético* – Circular 003/2011 de 21/01/2011. Acedido em 24/9/2011, disponível em: <http://www.dgs.pt>.
- 📖 Ministério da Saúde. Direcção Geral Saúde (2011). *Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético* – Circular 005/2011 de 21/01/2011. Acedido em 24/9/2011, disponível em: <http://www.dgs.pt>.
- 📖 Observatório Nacional da Diabetes (2010). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal – Diabetes: Factos e Números 2010*. Acedido em 24/9/2011, disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=19927>.
- 📖 Ochoa- Vigo, K. & Pace, E. (2009). Prevenção de complicações nos pés de pessoas com diabetes mellitus: proposta de cuidado. *Revista medica Herediana*. Vol. 20 (Nº 2) 77-88. Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n2/v20n2ao4.pdf>
- 📖 Ochoa- Vigo, K. & Pace, E. (2005, Março). Pé diabético: estratégias para prevenção. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 18 (Nº1) 100-109, Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a14v18n1.pdf>.
- 📖 Ochoa- Vigo, K. et al (2006, Julho/Setembro). Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a factores desencadeantes do pé diabético. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 19 (Nº3) 296-303, Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a07v19n3.pdf>.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2010). *Proposta de projecto de regulamentação das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*.

- Paiva, I. et al (2006, Janeiro/Fevereiro). A diabetes na quarta idade: a nossa realidade. *Acta Medica Portuguesa*. Vol. 19 (Nº 1) 79-84. Acedido em 20/9/2011, disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/079-084.pdf>.
- Parisi, C. (n.d.). *A síndrome do pé diabético e aspectos práticos e fisiopatologia*. Acedido em 29/9/2011, disponível em <http://www.diabetesebook.org.br/modulo-2/15-a-sindrome-do-pe-diabetico-e-aspectos-praticos-e-fisiopatologia>.
- Parreira, M. (n.d.). *Diagnostico, Prevenção e Tratamento – Pé Diabético*. Hospital de Faro, EPE. Acedido em 24/9/2011, disponível em <http://www.slideshare.net/guestb54443/p-diabtico-formao-3607110>.
- Ministério da Saúde (2008). Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde. *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 20/9/2011, disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&access=0>.
- Ministério da Saúde (2008, Fevereiro 22). Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, *Diário da República*, I série A,1182-1189.
- Ministério da Saúde (2008, Dezembro 2). Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de Dezembro, *Diário da República*, I série A, 8600-8608. Acedido em 23/9/2011, em <http://www.dre.pt/pdf1s/2008/12/23300/0860008608.pdf>
- Ministério da Saúde (2011, Fevereiro 18). Decreto-Lei nº 35/2011, de 18 de Fevereiro, *Diário da República*, II série A (8667-8669).
- Rocha, R., Santos, M. & Zanetti, M. (2009). Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 22 (Nº1) 17-23, Acedido em 23/9/2011, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002009000100003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sacco, I. et al (2007, Janeiro/Fevereiro). Avaliação das perdas sensório-motoras do pé e tornozelo decorrentes da neuropatia diabética. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, Vol. 11 (Nº1), 27-33, Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/05.pdf>.
- Secretaria de Atenção à Saúde (2006). *Cadernos de atenção básica nº16: normas e manuais técnicos – Diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acedido em 23/9/2011, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad16.pdf>
- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2001). *Consenso Internacional sobre Pé Diabético*. s. l. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético,

Acedido em 23/9/2011, disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediabetico.pdf

- 📖 Serra, Luís (2008). *Pé Diabético: manual para a prevenção da catástrofe*, 2ª Ed. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda
- 📖 Silva, M. G. (1998, Janeiro). A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 6 (Nº 1) 27-31. Acedido em 6/4/2012, disponível em www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13918.pdf.
- 📖 Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Edição: Ministério da Saúde. Cadernos de Formação 2.
- 📖 Vedolin, A. et al (2003, Janeiro/Março). Pé diabético: estudo comparativo entre diferentes formas de apresentação clínica e tratamento. *Revista Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular*. Vol. 12 (Nº 1). Acedido em 29/9/2011, disponível em <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/06/pe-diabetico-tratamento.pdf>

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de Colheita de Dados

Anexo 2 – Cartaz divulgação

Anexo 3 – Email de apresentação do projeto ACES/ARS

Anexo 4 – Cronograma