

Segunda Sessão



A sessão foi presidida pelo Dr. José Manuel Boavida (ao centro) e teve um painel de discussão constituído pelo Dr. Faustino Ferreira, a Dra. Ana Escoval (à esquerda), o Professor Doutor Davide Carvalho e o Dr. Vitor Ramos (à direita).

Na segunda sessão, presidida pelo Dr. José Manuel Boavida e subordinada ao tema “Cuidados em Diabetes – Que Modelo Organizativo e Funcional?”, foram apresentadas as experiências de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), de uma Unidade Local de Saúde (ULS), de um Hospital (HUC) e da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP).

A EXPERIÊNCIA DE UM ACES

A primeira prelecção esteve a cargo do Dr. João Paulo Almeida e da En^h Otilia Mestre, vogais do Conselho Clínico do ACES Sotavento que apresentaram o Projecto de Gestão Integrada da Diabetes desse ACES, abrangendo os conselhos algarvios de Tavira, Alcoutim e Castro Marim. Foram promotores dessa iniciativa o Conselho Clínico do ACES Sotavento e o Núcleo de Diabetes do ACES Sotavento. A estratégia se-

guida foi desenhar e implementar um Programa de Gestão Integrada da Diabetes no período temporal decorrente entre Março 2009 e Junho 2012.

Os objectivos do Programa são:

- Dinamizar uma abordagem multi-sistémica e multidisciplinar na diabetes;
- Promover a interligação das diferentes unidades e dos diferentes níveis de cuidados;
- Fomentar estabelecimentos de parcerias com recursos da comunidade;
- Capacitar os diabéticos para a auto-gestão e responsabilização na doença;
- Optimizar os projectos implementados na comunidade com vista à promoção de estilos de vida saudáveis;
- Incrementar altos níveis de motivação nos profissionais.

O enquadramento histórico prévio ao Programa, desde mea-



Dr. João Paulo Almeida



En^h Otilia Mestre

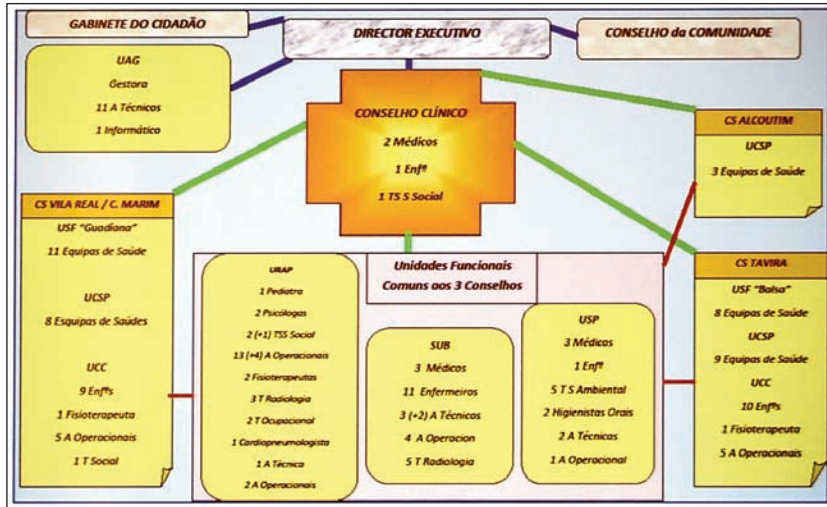


Figura 1 - Organograma do ACES Sotavento.

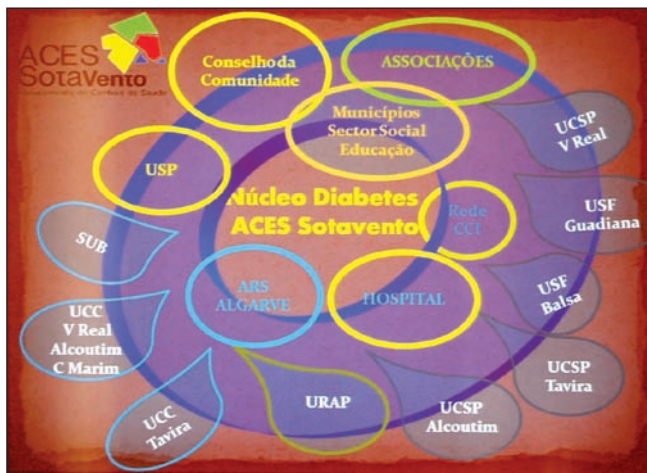


Figura 2 - Articulação do Núcleo de Diabetes do ACES Sotavento.

dos dos anos 90 do século XX ao início de 2009, foi caracterizado pelos prelectores da seguinte forma:

- Aumento alarmante do número de diabéticos nos ficheiros clínicos (muito diagnosticados já com complicações graves da diabetes: AVC, cegueira, isquémia...);
- Vários profissionais de saúde frequentaram acções de formação na APDP, iniciativa que colmatou necessidades de formação e permitiu o desenvolvimento de competências na área da diabetes;
- Médicos e enfermeiros do Sotavento algarvio começaram a fazer pequenas investigações sobre a diabetes;
- Surgiram sessões em grupo de educação para a saúde e grupos de auto-ajuda na diabetes (auto-vigilância, exercício físico);
- Em 2000, foram implementadas unidades móveis (2000) e, em 2007, uma Rede de Cuidados Continuados Integrados, para dar assistência às pessoas que vivem isoladas na Serra Algarvia.

A criação do ACES veio permitir a Governação Clínica, que por sua vez permitiu coordenar os esforços anteriormente dispersos e aproveitar a oportunidade de sedimentar as dinâmicas na área da Diabetes, anteriormente existentes, através de:

- Um investimento forte e organizado em unidades como as USFs (Unidades de Saúde Familiar), as UCCs (Unidades de Cuidados na Comunidade), as URAPs (Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados) e as UCSPs (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados);
- Uma proximidade entre a Governação Clínica e as unidades funcionais;
- Dar “visibilidade” ao trabalho realizado por “outros” profissionais de saúde (ex: S. Social; T.O.)

Na Figura 1 apresenta-se o organograma actual do ACES Sotavento (que inclui os centros de Saúde de Tavira, Alcoutim e Vila Real/ Castro Marim e unidades funcionais comuns aos 3 conselhos) e, na Figura 2, a articulação do Núcleo de Diabetes do ACES Sotavento

Quadro I - ACES Sotavento: actividades realizadas.

ACTIVIDADES	Realizadas
Rastreio de HbA1c a 182 diabéticos de Alcoutim (76,8%)	Fevereiro 2009
Avaliação do risco para Diabetes a 645 idosos de Alcoutim - U. Móvel	Março e Abril 2009
Avaliação comprometimento vascular a 188 Diabéticos de Tavira (14%)	Março 2009
Listagens nominais dos Diabéticos por ficheiro/adequação de horário de consultas face ao nº de diabéticos	Março 2009
Reunião temática com médicos e enfermeiros para apresentação e discussão dos dados apurados	Abril 2009
Parcerias com Autarquias (actividade física)	Maió 2009
Formação na área da Diabetes – Coordenação Regional (3ACES)	Março 2010
Nomeação dos interlocutores a integrar o Núcleo de Diabetes	Maió 2010
Formação na área do “Pé Diabético”	Setembro 2010
Reuniões de discussão de casos no Núcleo de Diabetes (UF+HCF) - 7 reuniões até Abril 2011	Novembro 2010
Disponibilização de equipamentos para determinação capilar de HbA1c (Projecto regional)	Novembro 2010
Atribuição de monofilamentos e Diapasões a todas as equipas de saúde	Novembro 2010
Criação de Site: Fórum de discussão, Biblioteca On-Line	Novembro 2010
Projecto “Viver Bem com a Diabetes” - Intervenção na comunidade	Fevereiro 2011
Responsabilização da USP como Gestora do Projecto	Fevereiro 2011
Responsabilização do Núcleo de Diabetes do ACES Sotavento como Dinamizador do projecto	Fevereiro 2011

Quadro II - ACES Sotavento: actividades a realizar.

ACTIVIDADES
Implementação da Consulta Itinerante do Pé Diabético em parceria com autarquias - Podologista (risco 2 e 3 de 3em 3 meses)
Activação do Site: Fórum de discussão, Biblioteca On-Line
Formação contínua na área da Diabetes
Organização de estágios no Hospital para médicos e enfermeiros
Formalização do Núcleo Regional do DiabGest

Quadro III - Taxa de prevalência de diabéticos por Concelhos do ACES Sotavento (2009-2011).

Pop. Residente 2008 (INE)	2009		2010		2011	
	Nº Diab.	%	Nº Diab.	%	Nº Diab.	%
Alcoutim	3186	8,1	279	8,8	279	8,8
Castro Marim VRSA	24941	4,9	1574	6,3	1575	6,3
Tavira	25410	5,3	1444	5,7	1454	5,7
TOTAL ACES	53537	5,2	3279	6,2	3300	6,2

Taxa Bruta de Mortalidade: Total ACES Sotavento = 16%; Concelho de Alcoutim = 24,1%

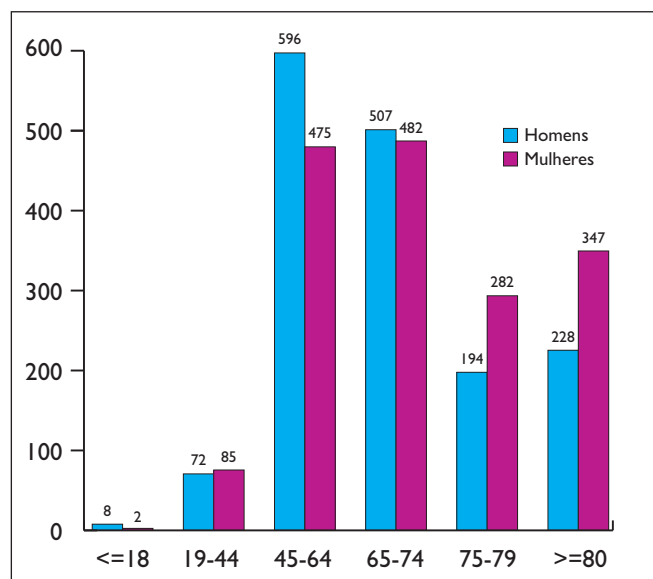


Figura 3 - Os 3276 diabéticos do ACES Sotavento por grupos etários e sexo (2010).

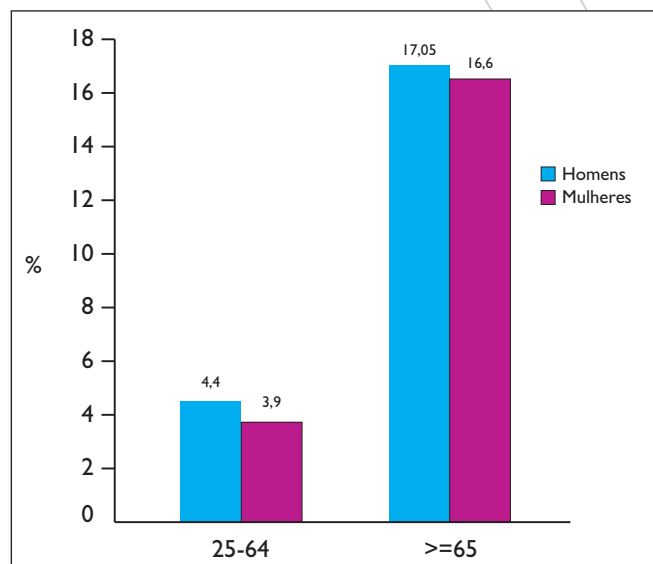


Figura 4 - Prevalência da diabetes por grupo etário no ACES Sotavento (2010).

com a comunidade, os municípios, o sector social, a ARS Algarve e o Hospital de Faro.

O Quadro I resume as actividades realizadas, no âmbito do Programa de Gestão Integrada da Diabetes, entre Fevereiro

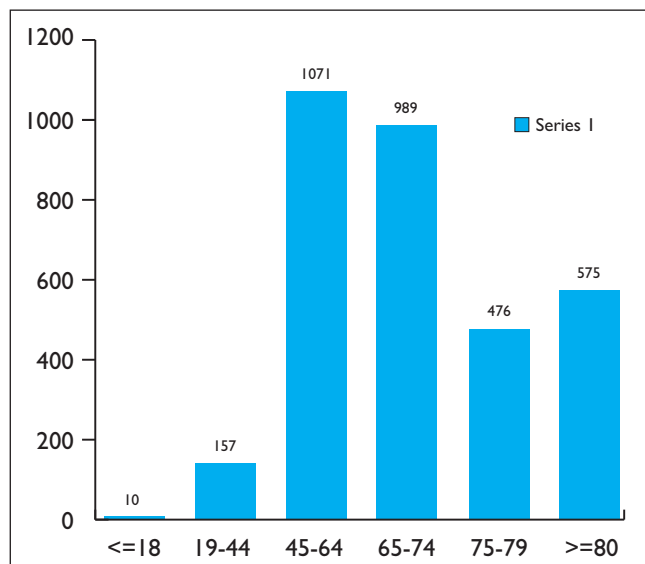


Figura 5 - Diabéticos no ACES Sotavento por grupos etários (2010).

de 2009 e Fevereiro de 2011. As actividades ainda a realizar resumem-se no Quadro II.

O Quadro III mostra a taxa de prevalência de diabetes por concelhos do ACES Sotavento (a maior prevalência regista-se no concelho de Alcoutim; entre 2009 e 2010 a prevalência aumentou em todos os concelhos), a Figura 3 a distribuição dos doentes diabéticos por grupos etários e sexos, a Figura 4 a prevalência de diabetes por grupo etário (maior prevalência a partir de idade ≥ 65 anos) e a Figura 5 a distribuição dos doentes diabéticos por grupos etários.

Dos 339 utentes das equipas multidisciplinares de Cuidados Continuados Integrados (CCI) do ACES sotavento, 119 (35%) são diabéticos, 21 dos quais insulino-dependentes e 17 amputados. Como foi salientado pelo Dr. João Paulo Almada seria impensável o acompanhamento destes utentes sem essas equipas.

A Figura 6 mostra a evolução do número de grávidas diabéticas seguidas pelo Hospital de Faro entre 1991 e 2009: nesse período o número de partos aumentou 17%, mas o número de casos de diabetes gestacional 29,5 vezes. Nas grávidas de risco a prevalência de diabetes é de 22,22%, só ficando atrás da prevalência de hipertensão arterial (29,62%) (Figura 7). Assim, os dados disponíveis mostram que, no Hospital de Faro, a Diabetes Gestacional é 2ª causa de Gravidez de Risco, sendo que nesta unidade hospitalar a acessibilidade à consulta para grávidas tem actualmente uma demora máxima de 2 semanas. Neste contexto é fundamental garantir prioridade na precocidade da primeira consulta da grávida e no cumprimento de “Boas Práticas”.

No Hospital de Faro realizaram-se, em 2010, 117 primeiras consultas do “Pé Diabético” num total de 343 consultas, tendo-se efectuado 70 amputações. O número de amputações em diabéticos/10.000 residentes é o pior indicador dos ACES de sotavento, e o único em que o Algarve está pior que o país consistentemente. Todavia, é impossível que a consulta do “Pé Diabético” do Hospital de Faro dê resposta a todos os pés de risco (>1500) da sua área de influência.

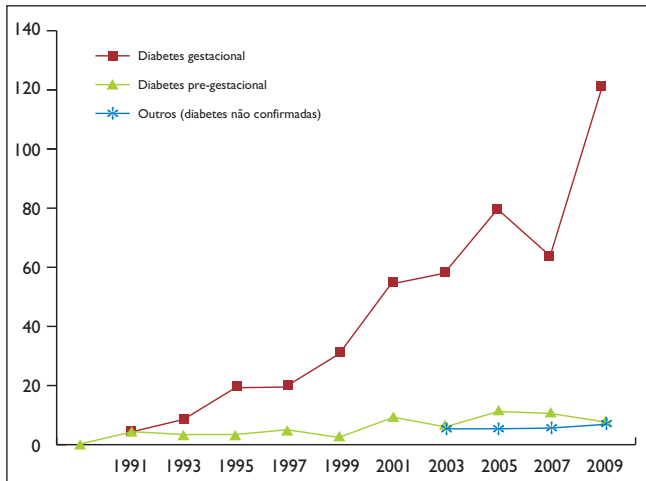


Figura 6 - N° de grávidas diabéticas seguidas no Hospital de Faro (1991-2009).

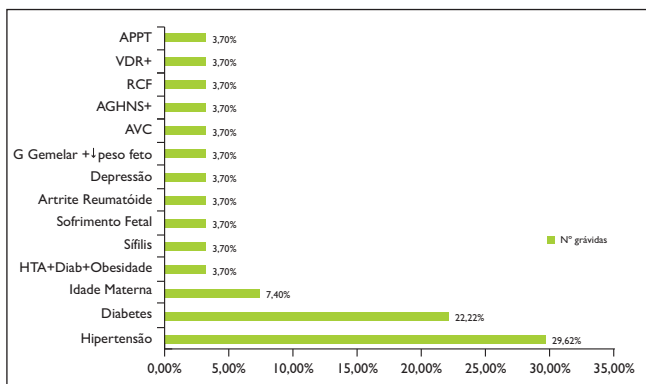


Figura 7 - Grávidas de risco (Hospital de Faro).

Um estudo realizado no ACES Sotavento, para caracterizar o grau de risco de “pé diabético” (n=101 diabéticos), mostrou que 31% dos doentes tinham um grau de risco superior a zero (Figura 8), pelo se torna fundamental organizar uma consulta itinerante de “pé diabético (que será iniciada em Maio de 2011).

Um rastreio da HbA1c, efectuado a 182 diabéticos do conselho de Alcoutim evidenciou:

- Uma correlação positiva entre idade e frequência de HbA1c $\leq 6.5\%$;
- Uma correlação negativa entre insulinoaterapia e frequência de HbA1c $\leq 6,5\%$;
- Uma correlação negativa entre frequência de HbA1c $\leq 6.5\%$ e percepção do diabético relativamente a afirmar fazer auto-pesquisa, afirmar fazer exercício mais de 30 minutos/dia e afirmar fazer dieta.

No ACES Sotavento o número médio de diabéticos por médico de família é de 87 (3.276 doentes a dividir por 37 médicos). Nas USFs do Algarve a percentagem de diabéticos com HbA1c $\leq 6.5\%$ é de 46,7% e de diabéticos com HbA1c $\geq 8\%$ de 27,6%.

Os prelectores concluíram a sua intervenção salientando que, a experiência do de Projecto de Gestão Integrada da Diabetes do ACES de Sotavento reforça o conceito de que existem muitas Recomendações (“Guidelines”) e Normas para

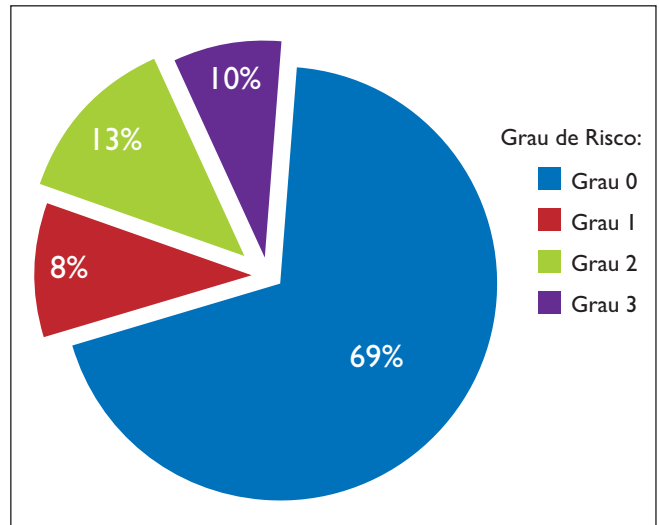


Figura 8 - Grau de risco de “pé diabético” num total de 101 diabéticos no ACES Sotavento.

o tratamento da diabetes, mas estas, por si só não são garantia de “boas práticas”, sendo necessário promover a motivação de todos os profissionais e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

A EXPERIÊNCIA DE UMA ULS - ULS DE MATOSINHOS

A Dra. Alda Melo (Centro de Saúde de Matosinhos), iniciou a prelecção sobre a experiência da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, explicando que esta cobre todo o Concelho de Matosinhos - que tem uma área de 62,3 km², uma população de 169.261 habitantes (dados do Instituto Nacional de Estatística, 2008) e uma densidade populacional de 2.716 habitantes/km² - e é constituída pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Matosinhos - que inclui os Centros de Saúde de Matosinhos, de Leça da Palmeira, da Senhora da Hora e de São Mamede da Infesta - uma Unidade Hospitalar (o Hospital de Pedro Hispano) e uma Unidade de Convalescença (Figura 9).

Os ACES são Centros de Saúde integrados em ULSs que seguem, com as necessárias adaptações, o regime de organi-



Dra. Alda Melo



Figura 9 - Componentes da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos.

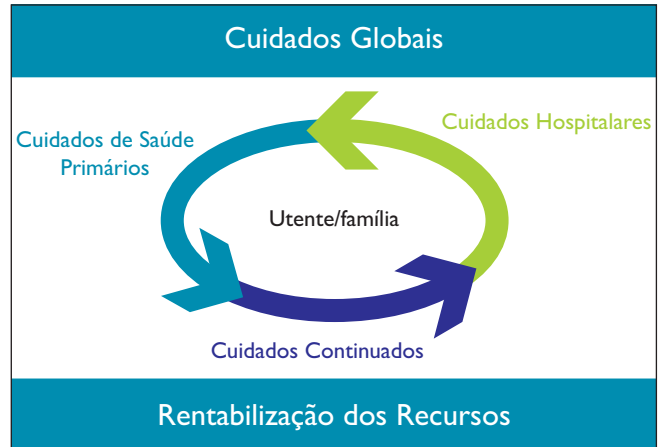


Figura 12 - Visão global e integrada dos Cuidados de Saúde.

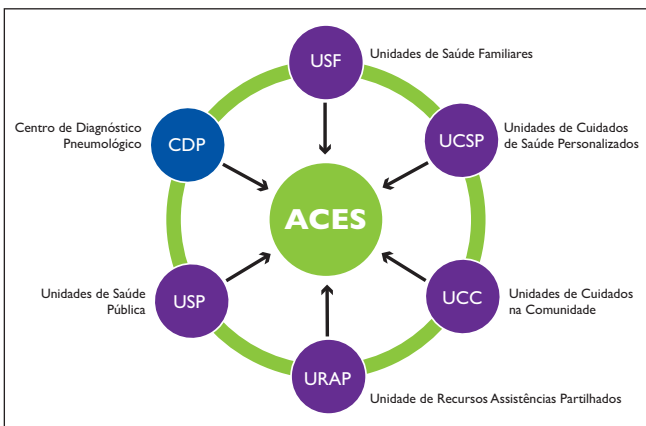


Figura 10 - Estrutura do ACES de Matosinhos.

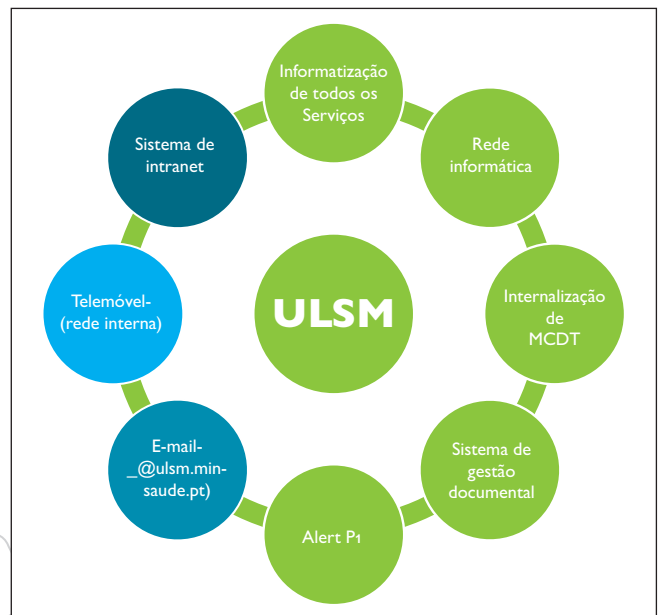


Figura 13 - USLM: Integração da informação e dos sistemas de comunicação.

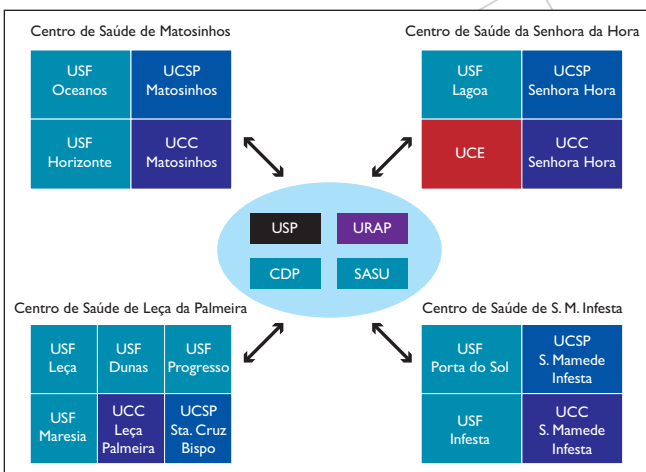


Figura 11 - Estrutura detalhada do ACES de Matosinhos.

zação e funcionamento previsto no decreto-lei nº 102/2009 de Maio-Artigo 42, devendo reflecti-lo nos respectivos regulamentos internos. Estruturaram-se em várias unidades funcionais de equipas multidisciplinares: Unidades de Saúde Familiar (USFs), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSPs), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCCs), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAPs), Unidades de Saúde Pública (USPs) etc. Nas Figuras 10 e 11 re-

sume-se a estrutura do ACES de Matosinhos. Essa estrutura corresponde a uma visão global e integrada dos Cuidados de Saúde, que facilita a prestação de cuidados diferenciados, com rentabilização dos recursos, sempre centrada no utente e na família (Figura 12). A operacionalização dessa estrutura é feita pela articulação interna das suas unidades, só possível através de uma integração da informação e dos sistemas de comunicação, integração essa em que uma rede informática (sistema informático partilhado) desempenha o papel principal (Figura 13). Para o registo e gestão do regime terapêutico dos doentes diabéticos são utilizados dois programas informáticos: o Programa de Saúde Diabética – SAM (Figura 14) e o Programa SAPE (Figura 15).

Passando a caracterizar o panorama da diabetes no ACES da USL de Matosinhos (USLM), a Dra. Alda Melo referiu que, em 2011, se encontram inscritos 183.599 utentes, tendo 9.616 diagnóstico de diabetes, sinalizado como activo na sua lista de problemas (classificação ICPC= T89 ou T90); a pre-

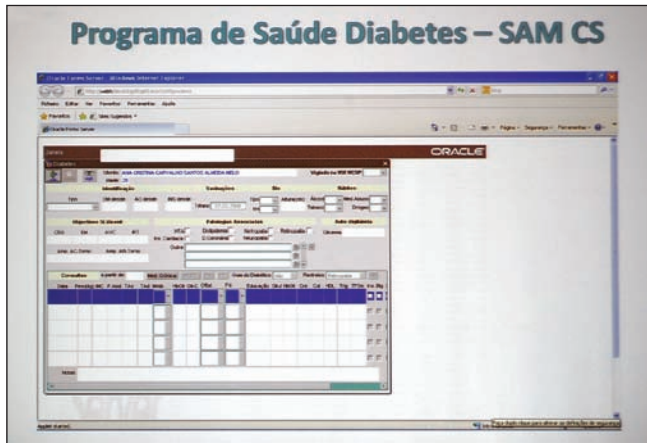


Figura 14 - Programa de Saúde Diabetes – SAM CS.

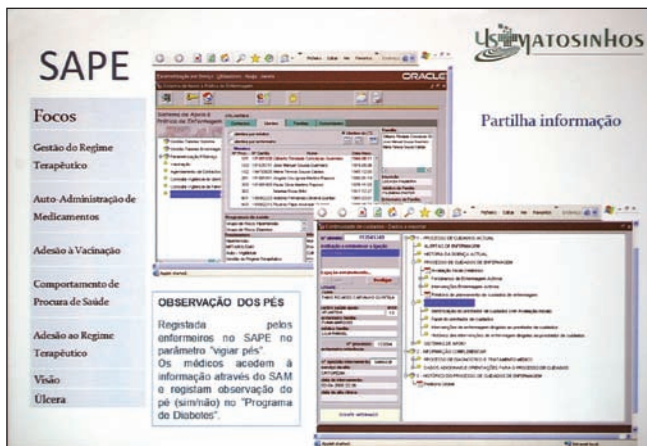


Figura 15 - Programa SAPE.

valência identificada de diabetes na USLM é de 5,23%. Os indicadores de desempenho assistencial e qualidade para o Programa de Vigilância de Diabetes no ACES de Matosinhos são quatro, abrangendo não só a área médica, mas também a da enfermagem:

- Percentagem de diabéticos com pelo menos duas determinações da HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam dois semestres;
- Percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem;
- Percentagem de casos com registo de gestão do regime terapêutico;
- Percentagem de diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado.

Obviamente que, na USFM, o ACES não pode resolver todas as situações dos doentes diabéticos, pelo que é fundamental a articulação/integração entre as USFs/UCSPs do ACES e o Serviço de Endocrinologia, do Hospital de Pedro Hispano. Essa articulação é feita comunicando através de vários sistemas - telemóvel, e-mail, "Alert PI" (para os casos que o ACES não consegue resolver) – e partilhando o processo clínico actualizado (por via da integração da informação do SAM CS com a do SAM hospitalar – SAM H – e da do SAM H com a do SAM CS), partilha essa que é essencial para a articula-

ção e continuidade dos cuidados, melhorando a sua qualidade e evitando a duplicação de exames (Figura 16).

O sistema organizacional implementado na USLM tem como objectivo uma vigilância integrada do doen-



Figura 16 - Partilha do processo clínico.

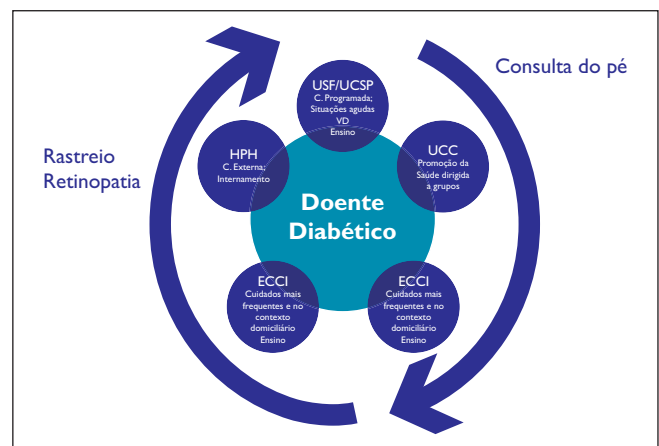


Figura 17 - Vigilância integrada do doente diabético.



Figura 18 - Acompanhamento personalizado, cuidados de proximidade e plano integrados de cuidados.

te diabético (Figura 17), com acompanhamento personalizado, cuidados de proximidade e plano integrados de cuidados (Figura 18); trata-se de desenvolver uma parceria entre os profissionais de saúde e o utente, com responsabilização do utente e papel activo deste em todo o processo.



Dr. Pedro Carneiro de Melo

A segunda parte da preleção esteve a cargo do Dr. Pedro Carneiro de Melo (Serviço de Endocrinologia do Hospital de Pedro Hispano), que começou por salientar que a gestão integrada da doença é uma prioridade no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (DR 2ª Serie – nº 120 24 Julho 2009) e que, relativamente à diabetes, um dos objectivos gerais do PNPCD é o de a gerir de forma

integrada. Na ULSM, tal como em qualquer outra ULS, os planos integrados de cuidados implicam o desenvolvimento de plataformas de articulação entre os níveis de cuidados, desenvolvimento esse que constitui um “work in progress” (exigindo um esforço permanente).

Na ULSM, a visão que preside aos planos integrados de cuidados é a seguinte: acessibilidade simplificada e facilitada, equidade garantida, integração eficaz e comprometida, produtividade e eficiência na utilização dos recursos e diminuição das necessidades em saúde, desde logo para as doenças evitáveis, e uma população mais consciente para assumir estilos de vida saudáveis.

De acordo com essa visão, a missão definida é satisfazer todas as necessidades em saúde da população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos auto-cuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referência para outros níveis da rede hospitalar.

Numa ULS, a aposta na prevenção faz todo o sentido, pois a seu tempo se sentirá o benefício da sua intervenção - não apenas a nível da população como do sistema de saúde que desenvolve – que deverá ser centrada no utente e na família. A diabetes é uma doença crónica, debilitante e dispendiosa, associada a complicações graves. Ainda de acordo com o prelector, a diabetes é uma doença ‘social’ porque: existe uma interacção nefasta entre genótipo e ambiente; existe grande dependência dos elementos circundantes; existe necessidade de envolvimento de outras pessoas; existem potenciais repercussões em vários órgãos e sistemas; existem implicações económico-financeiras.

Os vectores que foram considerados na ULSM, na implementação do programa integrado de cuidados da diabetes, foram os seguintes:

- Acessibilidade – aos cuidados;
- Flexibilidade – agilidade no apoio dos cuidados hospitalares e de continuidade de apoio quando o doente “regressa” aos Cuidados de Saúde Primários;

Quadro IV - Plataformas institucionais e plataformas complementares de partilha da informação.

Forma de Acesso	Função	Resposta
Plataformas Institucionais		
- Alert P1	Referenciação	Conforme CTH
- Correspondência	Referenciação, informação	Variável
Plataformas Complementares		
- Telefone	Dúvidas/Questões	Imediato*
- Consultoria	Apoio Orientação/Triagem	Até 6 semanas
Processo Partilhado	Centralização/Acessibilidade	Imediato
Contacto pessoal	(Reuniões)	Ocasional
Correio Electrónico	Em desenvolvimento	Em desenvolvimento

- Complementaridade;
- Acesso à informação (sistema informático partilhado);
- Desenvolvimento dinâmico de uma estratégia coerente e de uma linguagem comum (enquadramento nos objectivos específicos do PNPCD);
- Qualidade;
- Agilização da interacção (tem de ser mais desenvolvida).

No desenvolvimento do programa integrado da diabetes é fundamental a integração da informação/sistemas de comunicação (Figura 13 e Quadro IV).

Na ULSM, a Consultoria de Endocrinologia ao ACES de Matosinhos, por parte do Serviço de Endocrinologia do Hospital Pedro Hispano, destina-se a otimizar a referenciação e a acessibilidade: esclarecimento de dúvidas, orientação para estudo ou tratamento e preparação da consulta hospitalar (se necessária). Constitui também oportunidade para contacto directo contando, sempre que possível, com a presença dos médicos do ACES para apresentação e discussão dos casos (os casos clínicos são previamente agendados). Faculta ao ACES acesso aos elementos clínicos relevantes para a orientação específica (ECD, registos glicémicos, etc.), registados no diário clínico da aplicação SAM H. Cada Centro de Saúde do ACES tem um interlocutor(a) para as situações clínicas.

A Consultoria de Endocrinologia:

- É, de preferência, presencial;
- Dá informação clínica sucinta;
- Dá apoio a situações concretas;
- Otimiza a referenciação/orientação;
- Esclarece questões/dúvidas;
- Promove uma formação dinâmica.

As consultas hospitalares (Hospital Pedro Hispano) são feitas por uma equipa que inclui médicos endocrinologistas e internistas, enfermeiros com formação na área da Diabetologia, nutricionistas e psicólogos. Contemplam as seguintes vertentes:

- Educação terapêutica;
- Resolução de episódios de descompensação metabólica;
- Abordagem do pé diabético, nefropatia, retinopatia, patologia cardiovascular;
- Monitorização do bombas infusoras de insulina;

- Articulação intra-hospitalar;
- Formação profissional específica e contínua, incluindo estágios.

Ainda de acordo com o prelector, no contexto da USFM, a maioria dos problemas práticos e dos pedidos de apoio do ACES à Consultoria de Endocrinologia, relaciona-se com dificuldades no controlo glicémico: limitações na adesão às intervenções não-farmacológicas/farmacológicas; insuficiência das terapêuticas prescritas; necessidade de instituição de insulino-terapia. Como enfatizou o Dr. Pedro Carneiro de Melo, não se trata de uma perspectiva glicocêntrica da Consultoria de Endocrinologia, antes da verificação de que o controlo glicémico é o foco primordial.

As actividades de formação, na área da diabetes, desenvolvidas na USFM são as seguintes:

- Reuniões periódicas nos CS, no âmbito das consultorias;
- Reuniões de apresentação/discussão de casos clínicos;
- Formação de internos de MGF (também oportunidade de aferição);
- Reuniões Científicas/Estruturais.

Os problemas que ainda se colocam, no desenvolvimento do programa integrado de cuidados da diabetes da ULSM são:

- Necessidade de optimização;
- Variabilidade da doença (diabetes é uma doença complexa, com grande dependência do contexto individual e os doentes têm grande heterogenidade profissional);
- Quantidade de informação (limitações da informação; concentração/dispersão de “know-how”);
- Potencial redundância.

O Dr. Pedro Carneiro de Melo concluiu a prelecção salientando que a diabetes “é um microcosmos e é uma oportunidade para por em prática uma estratégia de cuidados integrados” e que “a integração da intervenção na diabetes faz ainda mais sentido numa ULS”.

A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL

A terceira prelecção esteve a cargo da Dra. Margarida Bastos, Assistente Hospitalar do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE, e Coordenadora do Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) no mesmo hospital central. O Grupo de Trabalho foi criado em 2009, para implementar o PNPCD nos HUC, e é constituído pela sua Coordenadora e pelo Professor Doutor Rui Santos (Medicina Interna), a Enfermeira Chefe Laura Couto (Enfermagem), a Enfermeira Chefe Benilde Martins (Utentes) e a Dra. Júlia Figueiredo (Nutricionista). Nos HUC, o atendimento aos doentes portadores de diabetes desenvolve-se em todas as vertentes assistenciais, estando o Serviço

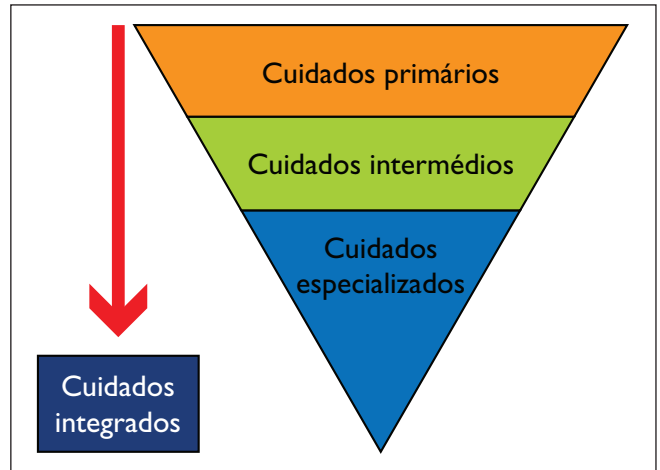


Figura 19 - Diabetes tipo 2: Cuidados de saúde.

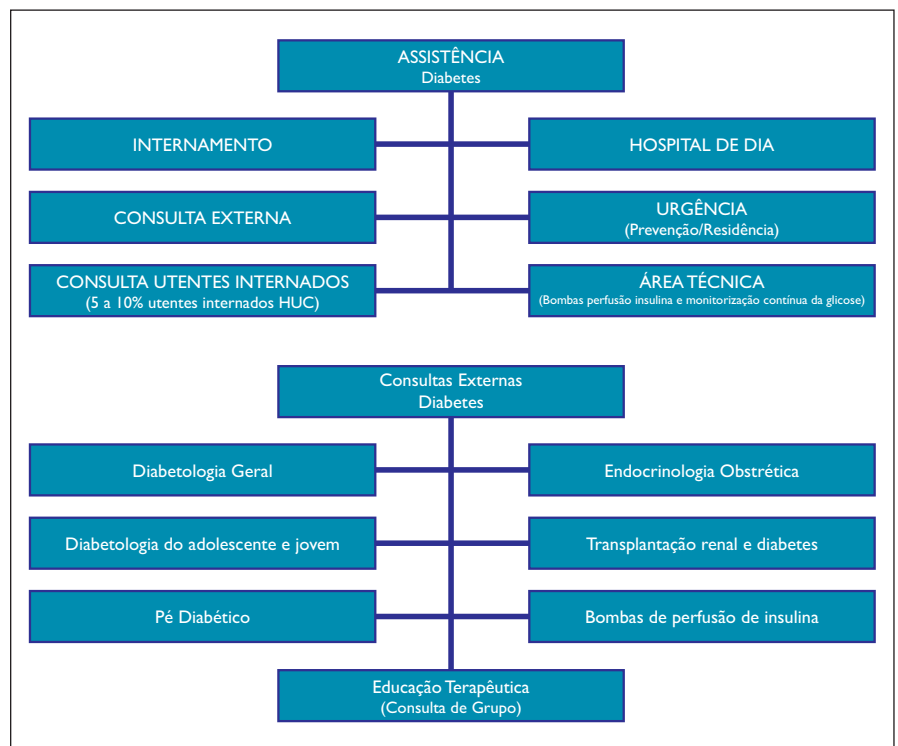


Figura 20 - Organograma de atendimento na área da diabetes.

de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (dirigido pela Professora Doutora Manuela Carvalheiro) vocacionado para um atendimento mais especializado na área da diabetes mellitus, quer no Internamento, quer no Hospital de Dia, quer nas Consultas Externas. É um serviço de Cuidados Especializados (Figura 19), sendo toda a intervenção assistencial nos utentes diabéticos feita pela equipa terapêutica (constituída por médicos, enfermeiros e dietista). Na Figura 20 apresenta-se o organograma de atendimento na área da diabetes, que, como salientou a Dra. Margarida Bastos, engloba múltiplos tratamentos e diversas intervenções, incluindo a educação terapêutica de grupo. É também incentivada a codificação e análise estatística para “conhecer os nossos números” e “iden-



Dra. Margarida Bastos

tificar necessidades". Em 2010, no Serviço, foram realizadas as consultas referenciadas no Quadro V.

Relativamente ao Internamento no Serviço, em 2010 foram internados 620 doentes, dos quais 390 (62,9%) eram portadores de diabetes *mellitus*. Relativamente ao Hospital de Dia, em 2010 verificou-se um total de 1.129 doentes atendidos, dos quais 730 (64,65%) eram portadores de diabetes.

Quadro V - Consultas realizadas no Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos HUC, em 2010.

	1 ^ª s consultas	Subsequentes	Total
Diabetologia	609	1.977	2.586
Bombas Infusoras de Insulina	20	329	349
Pé Diabético	154	1.011	1.165
Grupo de Educação Terapêutica	47	44	91
Endocrinologia Obstétrica (*)	30	2.178	2.208
Diabetes e Pré-Transplante Renal (*)	0	425	425
Diabetes e Pós-Transplante Renal (*)	0	179	179

(*) Consultas Multidisciplinares

Quadro VI - Evolução anual. HUC - 2007-2009- DM (sem DMg).

	Internamento						Doentes			Novos Doentes					
	Nº de Internamentos			Falecidos			Média Idade	Demora Média	Mascul.	Femin.	Total	Mascul.	Femin.	Total	Média Idade
	Mascul.	Femin.	Total	Mascul.	Femin.	Total									
2007	2797	2474	5271	186	173	359	67,85	10,18	2099	1927	4026	2099	1927	4026	67,70
2008	2848	2341	5189	211	190	401	68,30	10,94	2149	1826	3975	1743	1462	3205	68,34
2009	2993	2386	5379	235	204	439	68,98	11,16	2289	1829	4118	1738	1368	3106	68,98
TOTALS	8638	7201	15839	632	567	1199	68,38	10,76				5580	4756	10336	68,28

Miguel Tavares. Estatística HUC 2010

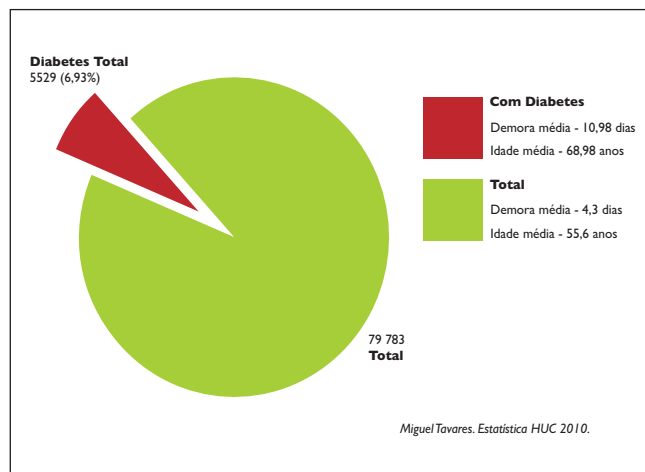


Figura 21

Em 2009, os diabéticos corresponderam a 6,93% do total de doentes internados nos HUC, mas a sua idade média é mais de 10 anos superior à da do total de doentes internados e a duração média do seu internamento mais do dobro (*versus* população total de internados) (Figura 21). O Quadro VI mostra a evolução anual dos internamentos por diabetes nos HUC, entre 2007 e 2009. No mesmo período, o número de doentes com diagnóstico de diabetes e AVC correspondia a 22,9% do total de AVCs registado; o número de doentes com diagnóstico de diabetes e doença cardíaca isquémica correspondia a 25,28% do total dos doentes com doença cardíaca isquémica. Na Figura 22 resumem-se os dados relativos às amputações *major* e *minor*, no ano de 2009.

De acordo com os dados disponíveis nos HUC, há necessidade de maior intervenção na área da diabetes, porque os doentes descrevem usualmente uma má experiência durante o internamento e os profissionais desejam mais formação. Na entrada no Hospital é fundamental proceder a uma identificação imediata do doente com diabetes.

Os profissionais defendem valores e princípios e devem colocar o utente no centro dos processos, indo ao encontro das suas expectativas. Na área da diabetes, os objectivos e estratégias da Enfermagem incluem:

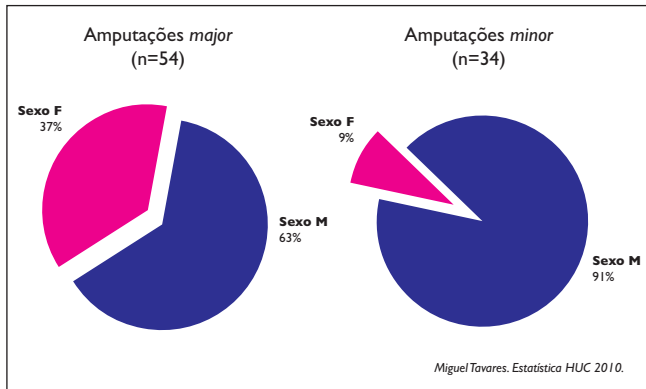


Figura 22 - Diabetes - amputações. HUC, EPE 2009.

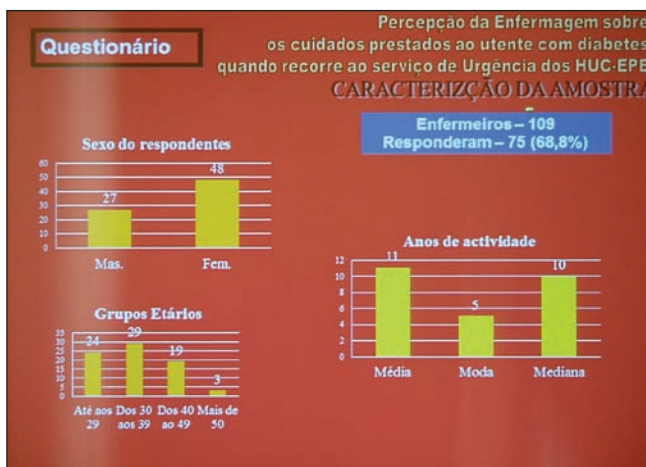


Figura 23

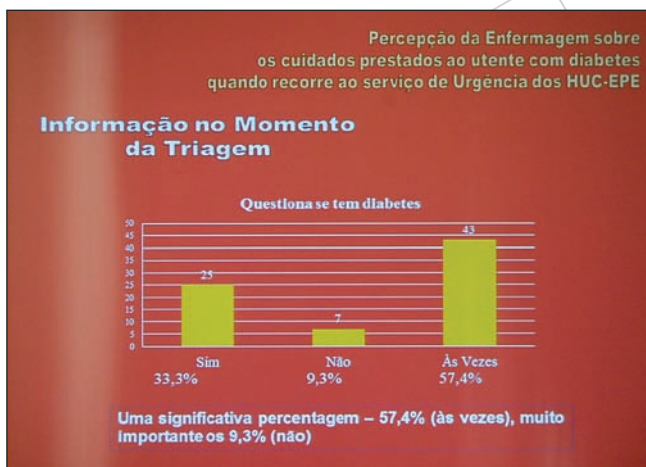


Figura 24

- Sensibilizar para a problemática da pessoa com diabetes;
- Intervir junto das equipas;
- Dinamizar as equipas;
- Participar na elaboração de normas de boas práticas (Qualidade);
- Fazer formação.

A prelectora apresentou, em seguida, os resultados de um estudo de qualidade e segurança, efectuado pelas Enfermei-

Quadro VII - Justificação dada para só “às vezes” perguntar ao doente se tem diabetes.

Justificação de “às vezes”	Nº Resp.
Resposta ao fluxograma	12
Exigência dos Sintomas	7
Sintomas associados à diabetes	6
Lipotimia e/ou mal estar	3
Dor Torácica	3
Ferimentos	3
Muito tempo de espera	1
Refere diabetes, queda, TCE	1
Sem justificação	5

ras Chefe Benilde Martins e Laura Couto, no âmbito do PNPCD, que investigou a percepção da Enfermagem sobre os cuidados prestados ao utente com diabetes quando recorre ao serviço de Urgência dos HUC. Esse estudo utilizou um questionário, que foi distribuído a 109 enfermeiros, de ambos os sexos, com, em média, 11 anos de experiência profissional, e teve uma taxa de resposta de 68,8% (Figura 23). No momento da triagem só 33,3% dos inquiridos perguntavam ao doente se ele tinha diabetes (Figura 24). Dos inquiridos que só “às vezes” perguntavam ao doente se tinha diabetes (57,4% dos respondentes), as justificações apresentadas para tal foram as constantes do Quadro VII. Dessas respostas, 43 apresentavam uma única justificação para essa atitude.

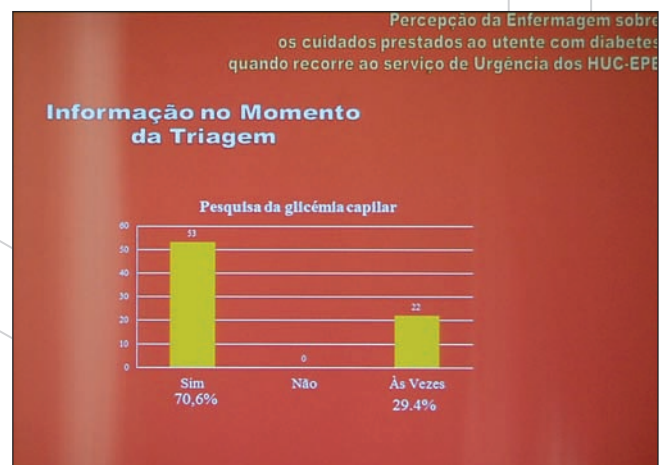


Figura 25

Quanto à pesquisa da glicemia capilar, esta era efectuada por 70.6% dos inquiridos (Figura 25). Os 29,4% que só faziam a pesquisa da glicemia capilar “às vezes”, apresentaram as razões constantes do Quadro VIII:

Quadro VIII - Justificação dada para só “às vezes” pesquisar a glicemia capilar.

Pesquisa da Glicémia capilar às vezes	
Justificação de “às vezes”	Nº Resp.
Resposta ao fluxograma	7
Diabetes descompensada	2
Sintomatologia	2
Não refere a última pesquisa	2
Quando solicitado	2
Muito tempo de permanência	4
Sem Justificação	4

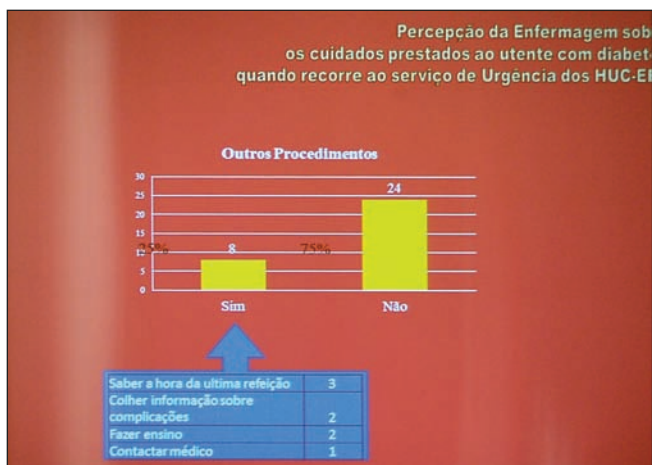


Figura 26

Na Figura 26 resumem-se outros procedimentos efectuados e nos Quadros IX e X a intervenção perante uma hipoglicemia (respectivamente, assumindo uma intervenção – 45 respondentes – ou agindo após prescrição médica (30 respondentes). No Quadro XI apresentam-se as respostas relativas aos cuidados de enfermagem após o planeamento da alta.

As sugestões feitas pelos respondentes, com vista à melhoria dos cuidados, foram as seguintes:

- Alimentação adequada – 18;
- Existência de protocolos – 14;
- Maior planeamento da alta – 8;
- Maior vigilância da glicemia capilar – 3;

Quadro IX - Intervenção perante uma hipoglicemia (assumindo uma intervenção).

45 Respondentes assumem uma intervenção	
	Nº Resp.
Punção venosa, com soro glicosado, seguido de informação ao médico	20
Administrar açúcar “per os”	7
Alimento açucarado (se consciente)	2
Transferir doente para sala de emergência	2
Adequada à situação	2
Punção venosa e providenciar uma refeição	1
Não identificam intervenção	11

Quadro X - Intervenção perante uma hipoglicemia (após prescrição médica).

30 Respondentes agem após prescrição médica	
Justificação	Nº Resp.
Falta de protocolos de actuação	10
Limitações na administração terapêutica sem prescrição médica	6
Para punccionar é necessária prescrição médica	5
Não identificam o porquê	9

- Orientação dos doentes diabéticos para serem portadores de informação adequada – 3.

A Unidade de Nutrição e Dietética dos HUC utiliza um programa informático com dietas normalizadas e especificações (Figuras 27 e 28) e tem um protocolo para a hipoglicemia. A distribuição de refeições é a seguinte: pequeno-almoço, meio-da-manhã, almoço, lanche, jantar e ceia. A ceia é distribuída com o jantar e individualizada (dieta hipoglicídica, dietas sem açúcar, ceias especiais).

Na diabetes *mellitus*, o Grupo de Trabalho de Hipoglicemia da “American Diabetes Association” (ADA) (Diabetes Care. 2005; 28: 1245) define hipoglicemia como “todos os episódios de concentração anormalmente baixa da glicose plasmática (acompanhados ou não de sintomas) que expõe o indivíduo a danos”. Considera-se que existe hipoglicemia quando o valor da glicemia é < 70 mg/dL (3.9 mmol/L); essa definição apoia-se no valor aproximado do limite inferior da glicemia em jejum de não diabéticos e do limiar glicémico para secre-

Quadro XI - Respostas relativas aos cuidados de enfermagem após o planeamento da alta.

Outros procedimentos:	
Procedimentos	Nº Resp.
• Ensinos	
Alimentação	12
Exercício físico	6
Vigilância glicemias	3
Envolver a família na vigilância	3
Esquema insulínico se alterado	2
Higiene	2
• Orientar para recorrer ao centro de saúde e cumprir as orientações	2

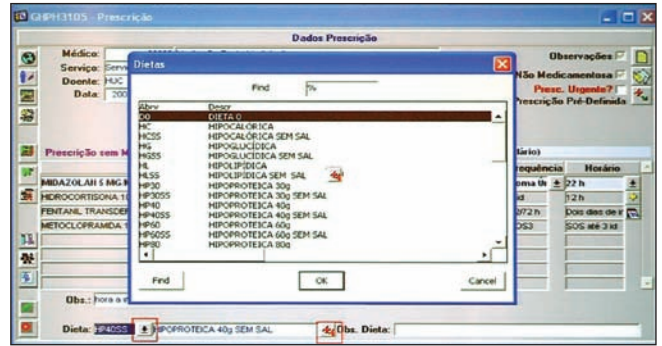


Figura 27 - Escolha das diversas “dietas” disponíveis.

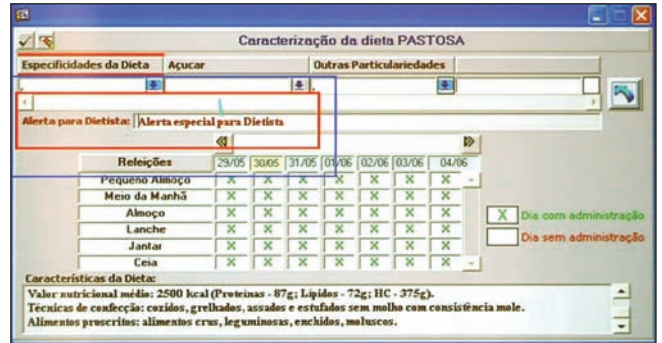


Figura 28 - Alerta especial para Dietista. Individualizar “dieta”.

ção das hormonas da contra-regulação (Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, et al. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2009; 94: 709). Na Figura 29 apresenta-se o protocolo de tratamento da hipoglicemia insulínica no doente internado.

Na hipoglicemia ligeira a moderada, são administrados de imediato 15 gramas de hidratos de carbono (HC) - 2 pacotes de açúcar ou 4 comprimidos de glicose (Gluco Tabs® ou Dextro Energy®) ou 1 sumo açucarado. Em seguida o doente deverá ingerir alimentos que contenham HC de absorção lenta (pão, bolachas de água e sal, leite, iogurte dietético ou fruta). Os “Kits” para a hipoglicemia utilizados incluem:

- Kit 1 - 2 pacotes de açúcar ou 4 comprimidos de glicose, 200 ml de leite, 1 pacote de bolachas de água e sal
- Kit 2 - 2 pacotes de açúcar ou 4 comprimidos de glicose, 1 iogurte dietético, 1 pacote de bolachas de água e sal;
- Kit 3 - 2 pacotes de açúcar ou 4 comprimidos de glicose, 1 Sumo sem adição de açúcar, 1 pacote de bolachas de água e sal.

As recomendações da Unidade de Nutrição e Dietética são as seguintes:

- Que os Serviços de Internamento e Ambulatório disponham de 6 pacotes de açúcar ou 1 embalagem de “Gluco Tabs®” ou “Dextro Energy®”;

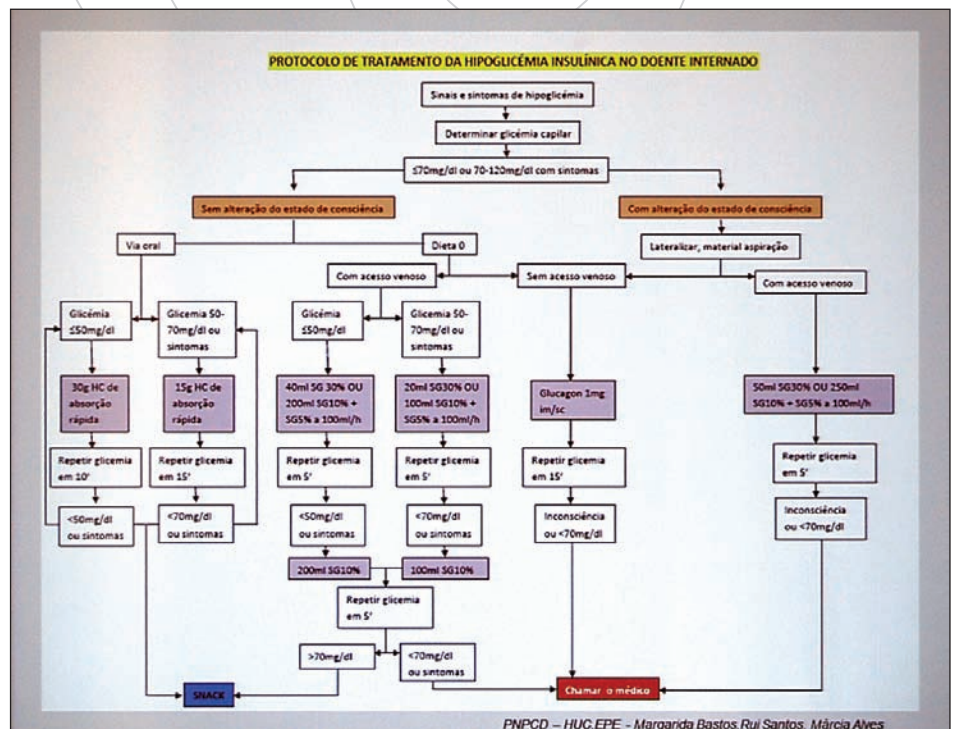


Figura 29

TERAPÉUTICA	AÇÃO	NOMES COMERCIAIS	DURAÇÃO DE ACÇÃO	HIPOGLICEMIANTE ISOLADA
INSULINA	Rápida	Humalog®, Novorapid®, Apidra®	≤ 5h	Sim
	Curta	Actrapid®, Insuman rapid®, Humulin regular®	≤ 8h	Sim
	Intermédia	Insuman basal®, Humulin NPH®, Insulatard®	≤ 18 h	Sim
	Longa	Lantus®, Levemir®	≤ 24h	Sim
	Mistura	Insuman Comb 25®, Humulin M3®, Mixtard 30®, Novomix 30®, Humalog mix 25®, Humalog mix 50®	≤ 24h	Sim
ANTIDIABÉTICOS ORAIS	Inibidores α-glucosidase	Acarbose, Glucobay®	≤ 4h	Não
	Meglitinidas	Starfix®	≤ 6h	Sim
	Sulfonilureias	Glibenclámidia, Daonil®, Semi-daonil®, Glucovance®, Gliclazida, Diamicon®, Glimepirida, Amaryl®, Gludon®, Tandemact®, Minidiab®	≤ 24h	Sim
	Glitazonas	Glustin®, Actos®, Glubrava®, Competact®, Avandia®, Avandamet®	≤ 24h	Não
	Biguanidas	Metformina, Risidon®, Stagid®, Glucophage®	≤ 16h	Não
	Inibidores da DPP4	Xeluvia®, Januvia®, Velmetia®, Janumet®, Efficib®, Galvus®, Xiliarx®, Jalra®, Eucreas®, Icandra®, Zomarist®, Onglyza®	≤ 24h	Não

Márcia Alves e PNPCD-HUC/EPE

Figura 30 - Protocolo da hipoglicémia. Vigiar de acordo com a causa.

- Que o Serviço de Urgência e Triagem disponha de açúcar, comprimidos de glicose ou sumo açucarado;
- Que exista um “kit” de hipoglicemia, a requisitar à Unidade de Nutrição e Dietética;
- Que exista um copeiro de noite (22h às 7h), que forneça os alimentos de emergência.

O material necessário para o tratamento de hipoglicemia no internamento (Carro de Urgência) é o seguinte: Glicose 5% frasco 500ml; Glicose 10% frasco 500ml; Glicose 10% amp 10ml (2 amp.); Glicose 30% amp 10ml (2 amp.); Glicose 50% amp 10ml (5 amp.); Glucagon (guardar no frigorífico, temperatura entre 2 e 8°C, fora do frigorífico, temperatura < 25°C durante 18 meses, dentro do prazo de validade). O material necessário para o tratamento de hipoglicemia na consulta externa /Hospital de Dia é o seguinte: pacotes de açúcar – 2 (15g); comps. Gluco Tabs® ou Dextro Energy®) – 3x4; Glicose 5% frasco 500ml; Glicose 10% frasco 500ml; Glicose 10% amp. 10ml (2 amp.); Glucagon.

Na Figura 30 resume-se a acção hipoglicemiante da insulina e dos anti-diabéticos orais.

Nos HUC, em cada Serviço estão nomeados responsáveis pela diabetes (médico e enfermeira), que constituem os “elos” de ligação com o Grupo de Trabalho do PNPCD (dos HUC). Esses responsáveis promovem as recomendações nos diversos departamentos, recebem formação própria e participam na formação dos restantes elementos do Serviço e colaboram em actividades relacionadas com a diabetes (por ex: Dia Mundial da Diabetes).

O “Programa de Formação dos Elos para a Diabetes”, promovido pelo Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional dos HUC, teve como formadores membros do Grupo de Trabalho do PNPCD, do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição e da Unidade de Nutrição e Dietética. Os objectivos dessa formação foram promover formação

contínua em diabetes no contexto hospitalar e proporcionar conhecimentos promotores da educação do doente diabético. O programa de formação teve como destinatários médicos e enfermeiros responsáveis pela diabetes em cada serviço do hospital (“elos”), já nomeados no âmbito PNPCD, e incluiu:

- Insulinoterapia no doente internado – aspectos práticos;
- Hiperglicemia e hipoglicemia no doente internado – aspectos práticos;
- Educação terapêutica a nível hospitalar e referênciação.

As sessões teóricas foram abertas, também, a outros médicos e enfermeiros (mas dando prioridade aos “elos”); as sessões praticas foram dirigidas exclusivamente a “elos”.

A prelectora concluiu explicando que nos anos de 2009 e 2010, o

“Dia Mundial da Diabetes” foi assinalado nos HUC com comunicados à imprensa, sensibilização a funcionários (usando a “intranet”), uma exposição no átrio do Hospital e Sessões de esclarecimento a doentes, utentes e visitas. Nos diversos Serviços decorreram acções promovidas pelos “elos” de ligação para a diabetes.

A EXPERIÊNCIA DA APDP

A quarta prelecção esteve a cargo do Prof. Doutor João Filipe Raposo, médico endocrinologista e Director Clínico da APDP, que começou por colocar a seguinte questão: após a apresentação da experiência de um ACES, de uma ULS e de um Hospital, há ainda lugar para Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)? Para responder a essa questão, o Prof. Doutor João Filipe Raposo dividiu a sua exposição em dois grandes tópicos: uma breve história da APDP e a APDP em 2011 (do ponto de vista do seu modelo organizativo e funcional e de financiamento).

A APDP, primeira Associação de pessoas com diabetes do Mundo foi fundada pelo Dr. Ernesto Roma, como “Associação Protectora dos Diabéticos Pobres”, em 1926. O Dr. Ernesto Roma estagiara em Boston (EUA), entre Dezembro de 1922 e Outubro de 1923, e vistora a célebre “Joslin Clinic” logo após a insulina ter sido pela primeira vez administrada a seres humanos.

A criação da Associação Protectora dos Diabéticos Pobres deveu-se à constatação da morte das pessoas pobres com diabetes (não havia então assistência pelo Estado, o que elevava o preço da insulina). O modelo de financiamento utilizado pelo Dr. Ernesto Roma foi o suporte económico por parte de pessoas abastadas. O objectivo declarado da Associação era: “combater a diabetes e as suas consequências de todas as maneiras possíveis”, o que incluía já a educação do doente (Figura 31).



Prof. Doutor João Filipe Raposo

Entre a sua fundação e os anos 40 do século XX, a situação económica da APDP era muito débil, o que levou a que em 1947/1948 tivesse sido equacionado o seu encerramento. Nesse fase Joaquim Dinis da Fonseca (Deputado e Presidente da Junta de Crédito Público) foi determinante para conseguir uma estabilidade institucional e logística.

Nos anos 60 do século XX ocorreu outro período muito crítico com diminuição do pessoal e actividades. Na altura, o Presidente da direcção da APDP, José Pires Cardoso de Oliveira, apoiou-se no mecenato e em instâncias oficiais, mas recorreu muitas vezes a cheques pessoais para satisfazer as necessidades de tesouraria da APDP.

Em 1985 a APDP foi condecorada pelo então Presidente da Republica, General Ramalho Eanes, com a medalha de Membro Honorário da Benemerência por serviços distintos prestados à comunidade.

Em 2011, a APDP tem múltiplas funções:

- É a Associação de e para as pessoas com diabetes;
- É uma Clínica para pessoas com diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2;
- É um Centro de Formação;
- É um Centro de Investigação;

Na sua vertente de Associação (vertente social) a APDP dedica-se à:



Figura 31



Figura 32 - Clínica da diabetes.

- Defesa dos direitos de pessoas com diabetes;
- Promoção e colaboração com outras associações;
- Edição de revistas, livros e outros materiais educativos;
- Apoio social e contra a discriminação das pessoas com diabetes;
- Definição de padrões de qualidade nos cuidados;
- Cooperação com outras instituições nacionais e internacionais (IMAGE, SWEET).

Na sua vertente de Clínica (Figura 32), a APDP é um centro especializado, diferenciado, multidisciplinar, prestador de cuidados de qualidade às pessoas com diabetes de todo o país. Tem uma base de pessoas inscritas superior a 60.000, por ano faz 16.000 consultas (sendo 5.000 consultas de "1ª vez"); segue 600 crianças e jovens <21 anos (registo DOCE) e mais de 3.000 adultos com diabetes *mellitus* tipo 1.

Na sua vertente de Centro de Formação, a APDP tem a "Escola da Diabetes", que ministra cursos para profissionais de saúde, para pessoas com diabetes e familiares, e o 1º Curso Pós-Graduado em Diabetes (mestrado), em parceria com a Universidade Nova de Lisboa.

Os cursos para profissionais de saúde são de Nível Inicial (1 tipologia de curso), de Nível Intermédio (9 tipologias de cursos) e de Nível Avançado (5 tipologias de cursos). Para pessoas com diabetes e familiares existem 11 tipologias de cursos.

Na sua vertente de Centro de Investigação e Desenvolvimento a APDP promove o desenvolvimento de actividades de investigação e desenvolvimento em Epidemiologia (p. exp: estudo PREVADIAB, primeiro estudo da prevalência da diabetes no nosso país) e investigação clínica em Diabetologia. APDP participa também em estudos clínicos internacionais sobre novas moléculas para o tratamento da diabetes.

Em 22 de Abril de 2009, a APDP foi a primeira instituição a nível mundial a se reconhecida pela "International Diabetes Federation" (IDF) como "Centro de Educação IDF" (Figura 33).

O financiamento actual da APDP é feito pelos projectos financiados pela Direcção-Geral da Saúde, pelos protocolos estabelecidos com as Administrações Regionais de Saúde, pelos donativos dos seus sócios, pelas suas publicações e pe-

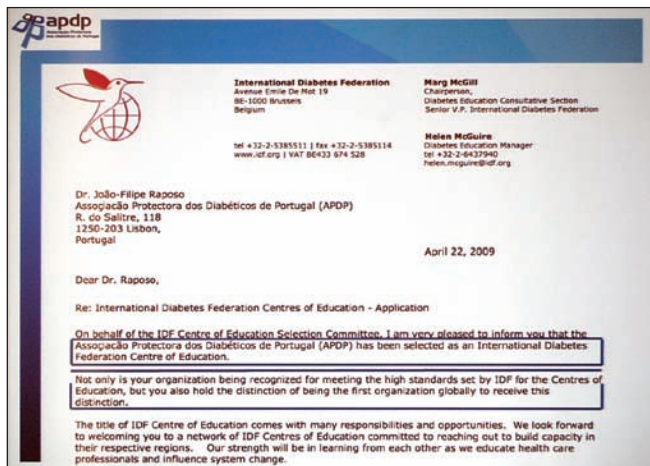


Figura 33

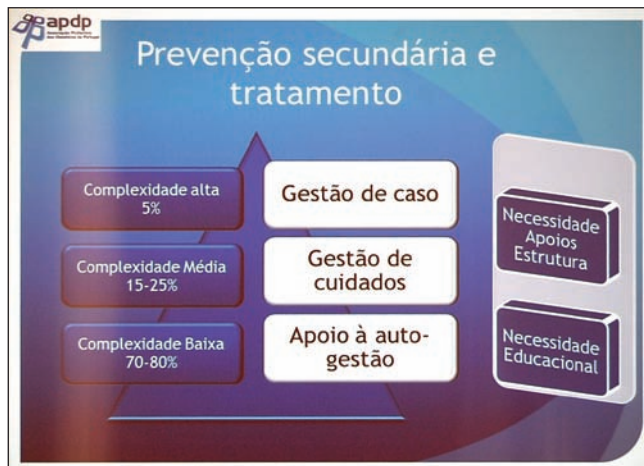


Figura 36



Figura 34

6.5€	Consulta especialidade (médico)
1980€	Cirurgia olho (média)
0€	Intervenção enfermagem
0€	Intervenção nutrição
≈€	Exames diagnóstico

Figura 35 - Valores unitários de intervenção (2010).

las actividades de Investigação e Desenvolvimento (Figura 34). No entanto, esses protocolos não incluem o financiamento da prevenção e a formação/ educação de doentes e técnicos de saúde; os valores unitários de financiamento de cada

intervenção são os constantes da Figura 35, e não incluem a enfermagem e a nutrição. Na prevenção secundária e tratamento, dos doentes com complexidade alta ou média, existe uma necessidade de apoios e estrutura; na dos doentes de complexidade baixa uma necessidade educacional (Figura 36). A sustentabilidade de uma IPSS, como a APDP, depende da sustentabilidade do nosso país. As consequências de uma diminuição do financiamento ilustram-se na Figura 37.

Como considera o Director Regional da OMS para a Europa (Mrs Zsuzsanna Jakab), “a Saúde constitui um importante Direito Humano. Teve muitas determinantes e foi uma das principais impulsionadoras dos avanços humanos e sociais, bem como um dos mais importantes resultados”. Como salientou o prelector, nestes tempos de crise económica convém ter sempre presente essa afirmação, bem como as da Declaração, emitida na conferência Ministerial Europeia da OMS sobre “Sistemas de Saúde. Saúde e Prosperidade”, que decorreu em Talin, Estónia, em Junho de 2008 (Figura 38): investir na saúde é investir no desenvolvimento humano, no bem estar social e na prosperidade; hoje em dia, é inaceitável que as pessoas empobrecem em resultado de problemas de saúde; o bom funcionamento dos sistemas de saúde é essencial para melhorar a saúde.

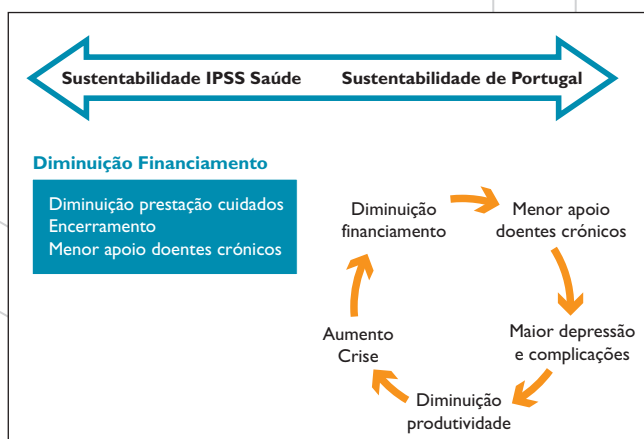


Figura 37

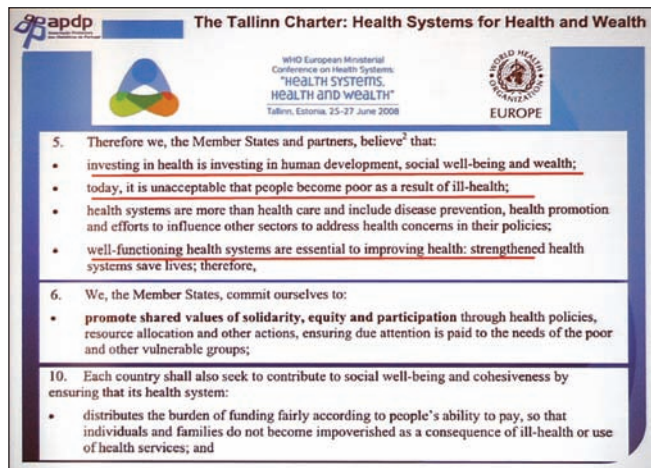


Figura 38

Em seguida, o Prof. Doutor João Raposo salientou que o futuro da APDP passa pelo reforço do papel associativo (que passa, por sua vez, pelo reforço da solidariedade e da não discriminação, pelo apoio às necessidades das pessoas com diabetes e pela Cooperação Nacional e Internacional), pelo reforço da Investigação (epidemiológica, clínica e translacional), pelo reforço do papel formativo (sobre o modelo da doença crónica que a diabetes corporiza, o papel dos cidadãos na gestão dos cuidados e na definição das políticas de saúde e relação com a comunidade), pelo reforço da Clínica da Diabetes (através da sua qualidade, inovação e integração dos cuidados com as restantes estruturas) e pela sustentabilidade (que inclui os Recursos Humanos, sua formação/sa-

tisfação e qualidade, os Recursos Materiais e os Recursos Financeiros. Nesta última área é necessário diminuir a dependência da APDP da Clínica da Diabetes, diminuir a dependência da Clínica da Diabetes do financiamento por parte do Serviço Nacional de Saúde e valorizar os actos prestados. A concluir a sua exposição, o prelector salientou que a APDP será, dentro de 15 anos, já uma instituição centenária. Desde 1926 acumulou larga tradição e experiência nas vertentes de associação, clínica, formação e investigação. O seu objectivo continua a ser: “combater a diabetes e as suas consequências de todas as maneiras possíveis”, desiderato para cujo cumprimento é importante a constante adaptação, inovação e espírito de serviço.

Esta segunda sessão foi encerrada por um painel de discussão constituído pela Dra. Ana Escoval, o Professor Doutor Davide Carvalho, o Dr. Faustino Ferreira e o Dr. Vitor Ramos.

