



ERS

Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus

Entidade Reguladora da Saúde
Janeiro, 2011



Grupo de Trabalho

Supervisão:

Dr. Eurico Castro Alves
Conselho Directivo da ERS

Coordenação Geral:

Dr. Rui Cernadas
Presidente do Conselho Clínico do ACES de Espinho/Gaia

Comissão Técnica:

Dr. Rui Cernadas
ACES Espinho/Gaia

Enf.ª Ana Lúcia Ribeiro
ACES Espinho/Gaia

Dra. Ana Prata
ACES Espinho/Gaia

Dra. Maria José Ribas
ACES Porto Ocidental

Coordenação Executiva:

Dra. Susana Vaz
ERS

Dra. Vanda Pinheiro
ERS

Dra. Susana Monteiro
ERS

Dra. Susana Osório
ERS

Dra. Ana Morais
ERS

Sumário Executivo

Sendo a Diabetes Mellitus uma doença crónica com uma prevalência cada vez mais significativa, com elevados consumos em cuidados de saúde, pesada em termos de complicações e respectiva gravidade e de custos financeiros directos e indirectos muito altos, foi deliberado pelo Conselho Directivo, no âmbito das atribuições da Entidade Reguladora da Saúde, proceder à realização um trabalho dedicado a esta matéria, à luz da observância dos direitos dos utentes dos serviços de saúde.

O objectivo primário do estudo foi o da avaliação da qualidade dos cuidados disponibilizados aos doentes diabéticos portugueses, em particular aos diabéticos de tipo 2 (DM 2) ou ditos não insulino-dependentes, tendo por adquirido que o acesso aos cuidados de saúde é um direito fundamental.

Após designação de um painel de peritos para avaliação dos resultados, optou-se por basear o estudo na recolha de inputs e na consulta directa às entidades e instituições que lidam na prática diária com doentes diabéticos, enquanto esforço de aproximação à realidade nacional, decorrendo o levantamento de documentação entre Abril e Setembro de 2010.

Foi elaborado um questionário, intitulado “Oferta clínica em contexto de prática integrada”, remetido a todos os Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Foi também solicitada informação adicional a diversas entidades e personalidades de reconhecido mérito nesta área, designadamente no que se refere a eventuais deficiências e dificuldades detectadas em relação à qualidade dos cuidados prestados aos portadores de DM.

As conclusões do estudo permitiram detectar a existência de uma grave lacuna nas áreas de programas de educação alimentar/terapêutica nutricional e dos cuidados ao pé, essenciais na multidisciplinaridade prevista para o atendimento integral do portador de diabetes.

A leitura dos resultados ligados aos equipamentos clínicos disponibilizados deixou alguma preocupação, designadamente porque, em função das taxas de prevalência da DM e do seu impacto na saúde e despesa públicas, seria de esperar uma maior resposta em matéria de equipamentos e recursos por parte dos prestadores de cuidados.

No que toca à abertura à comunidade, tornou-se patente a necessidade de maior investimento na articulação dos ACES com as autarquias, associações de utentes, colectividades e outras formas de organização da sociedade civil.

Sendo certo que os constrangimentos detectados numa eficaz educação para a saúde são da mais variada ordem, concluiu-se que, mais do que alguma precariedade dos serviços dispensadores de cuidados de saúde para o processo de educação, a sua não sistematização ou institucionalização, bem como a sua não consideração enquanto elemento de valorização da actividade contratualizada, constitui aspecto a rever urgentemente.

Verificou-se a existência de uma grande diversidade de sistemas de registo da informação e de dificuldades na gestão da mesma, o que se considerou potencialmente perturbador, face às

desigualdades que daí podem advir ao nível da oferta, ao nível dos registos e mesmo ao nível da dispensa de cuidados de saúde.

Considerou-se que o investimento necessário na prevenção da doença exigirá medidas organizativas simples e claras, modelos de prestação de cuidados bem apetrechados e treinados, e aplicação e avaliação de protocolos diagnósticos, clínicos e terapêuticos, em interdisciplinaridade com novas áreas profissionais, pelo que se propôs um reforço da participação contratualizada de outros profissionais, como nutricionistas, podologistas, higienistas orais ou fisioterapeutas.

Finalmente, face ao panorama global constatado, alertou-se para a necessidade de reforçar a verificação do cumprimento das normas e circulares emanadas pela Direcção-Geral da Saúde.

Índice Geral

Índice de Ilustrações.....	v
Introdução.....	7
A Diabetes Mellitus	7
Realidade Actual.....	8
Enquadramento Jurídico	9
Oportunidade.....	10
O Estudo	11
Objectivos.....	11
Exclusões	11
Limitações e Condicionantes.....	12
Metodologia.....	13
Respostas ao Questionário.....	14
Análise comparativa entre ACES e Hospitais	16
Comparação ACES/Hospitais - Especificidade da oferta	16
Comparação ACES/Hospitais - Equipamento Clínico	17
Comparação ACES/Hospitais - Cuidados e orientações complementares.....	17
Análise Comparativa Regional.....	20
Comparação Regional - Especificidade da oferta.....	20
Comparação Regional - Equipamento Clínico	21
Comparação Regional - Cuidados e orientações complementares	22
Comparação Regional – Abertura à Comunidade.....	25
Análise e Discussão dos Resultados	27
Acesso aos CSP	27
Educação para a Saúde	27
Meios de auto-controlo glicémico	28
Guia da Pessoa com Diabetes	29
Equipamentos	29
Nutricionistas	29
Consultas de Enfermagem	30
O Pé Diabético.....	30
Cuidados Hospitalares.....	30
Internamentos.....	31

Conclusões	32
Propostas.....	34
Agradecimento Final	35
Bibliografia	36
Enquadramento legal, técnico e social	36
Anexos.....	39
Anexo I – Glossário de Acrónimos e Abreviaturas	41
Anexo II – Modelo de Ofício-Convite	42
Anexo III – Questionário ACES.....	43
Anexo IV – Questionário Hospitais.....	45
Anexo V – Entidades convidadas a responder ao questionário.....	47

Índice de Ilustrações

<i>Fig. 1 – Instituições Convidadas.....</i>	<i>15</i>
<i>Fig. 2 – Respostas Recebidas.....</i>	<i>15</i>
<i>Fig. 3 – Especificidade da Oferta.....</i>	<i>16</i>
<i>Fig. 4 – Equipamento clínico disponibilizado.....</i>	<i>17</i>
<i>Fig. 5 – Cuidados e orientações complementares.....</i>	<i>18</i>
<i>Fig. 6 – Atendimento Especifico a Diabéticos.....</i>	<i>20</i>
<i>Fig. 7 – Verificação do Guia do Diabético.....</i>	<i>21</i>
<i>Fig. 8 – Equipamentos.....</i>	<i>21</i>
<i>Fig. 9 – Consulta de Nutrição.....</i>	<i>22</i>
<i>Fig. 10 – Consulta de Pé Diabético.....</i>	<i>23</i>
<i>Fig. 11 – Consulta de Podologia.....</i>	<i>23</i>
<i>Fig. 12 – Meios de auto-controlo glicémico.....</i>	<i>23</i>
<i>Fig. 13 – Realização do teste de microalbuminúria.....</i>	<i>24</i>
<i>Fig. 14 – Realização anual da determinação de microalbuminúria.....</i>	<i>24</i>
<i>Fig. 15 – Despiste de Retinopatia e Referenciação a Oftalmologia.....</i>	<i>25</i>
<i>Fig. 16 – Sessões de Grupo com Diabéticos.....</i>	<i>25</i>
<i>Fig. 17 – Rastreios de DM à população.....</i>	<i>26</i>



Introdução

A Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica crónica, caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue, que carece de cuidados médicos de continuidade. A Organização Mundial de Saúde estima que 6% da população mundial seja portadora de DM. A prevalência da doença aumenta com a idade, para ambos os sexos, e o risco estimado de DM, ao longo da vida dos cidadãos europeus, é de 30 a 40%.

Parte dos doentes diabéticos adere apenas de modo limitado às medidas terapêuticas propostas pelos profissionais de saúde. Esta questão é da maior relevância quando se reconhece que a diabetes está associada ao desenvolvimento, a longo prazo, de lesões nos órgãos alvo e a um risco acrescido de complicações oftalmológicas, renais, cardíacas, neuropáticas ou vasculares.

Existe, portanto, todo um conjunto de patologias que apresentam uma prevalência muito superior entre os doentes diabéticos do que nas populações não diabéticas.

A complicação ocular, a retinopatia diabética, por exemplo, é de diagnóstico muito fácil, mas constitui uma das principais causas de cegueira em todo o mundo, sabendo-se que, após 15 anos de evolução da doença, cerca de 2% das pessoas cegará e cerca de 10% será atingida por marcados défices visuais.

A neuropatia diabética, caracterizada por conhecidas alterações sensitivas e vasculares periféricas, é responsável pelo risco acrescido de ulceração e amputação posterior, ao ponto de a DM ser a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores. Deverá ser igualmente o principal motivo de ocupação de camas hospitalares pelos doentes diabéticos.

Outras complicações relevantes da DM incluem a nefropatia, com evolução frequente até à insuficiência renal terminal, e as doenças da chamada rede vascular, tendo já sido referida a doença vascular periférica, mas que integram ainda a doença coronária e a doença cerebrovascular.

O que significa, no conjunto, elevadas taxas de mortalidade, para além de marcada morbilidade associada a repercussões sérias na qualidade de vida, em geral, dos doentes diabéticos.

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) escolheu para o período 2009-2013 o tema “Diabetes – Educação e Prevenção”, considerando como mensagens-chave:

- Conhecer os riscos para a diabetes e os sinais de alarme;
- Saber reconhecer a diabetes e saber a quem recorrer;
- Saber gerir e assumir o controlo da diabetes.

São pois inúmeras as variáveis que contribuem para a etiologia e as complicações da diabetes mellitus.

Realidade Actual

De acordo com o estudo PREVADIAB (2009)¹, 11,7% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de idade sofre de diabetes, o que se traduz em mais de 900 000 pessoas. Acima dos 60 anos, cerca de metade dos cidadãos portugueses têm um risco considerável de vir a ter DM.

Por outro lado, e mais preocupante ainda, há que salientar a necessidade de diagnosticar os que são diabéticos e não sabem, em especial nos grupos etários abaixo dos 40 anos, tomando boa nota de que, no nosso país, diagnosticam-se cerca de 60.000 novos casos de DM anualmente.

Estes números colocam questões de preocupação séria:

- Ao nível da prevenção primária, como responsabilidade colectiva enquanto cidadãos, na medida em que somos também responsáveis pelo que consumimos – ingestão calórica – e pelo que despendemos energeticamente;
- No plano da prevenção secundária porque, ainda em conformidade com o estudo PREVADIAB, cerca de 40% da população com DM desconhece o seu diagnóstico;
- Por fim, na prevenção terciária, dadas as dificuldades conhecidas no rastreio sistemático de retinopatia diabética e na baixa cobertura nacional por consultas de pé diabético, em especial nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Parte relevante dos factores de risco na DM é susceptível de prevenção primária, através do fornecimento de cuidados preventivos à população. Este factor poderá ser muito significativo na redução dos custos globais com os doentes diabéticos, visto que a educação em diabetes, em especial, melhora o sucesso terapêutico na luta contra a doença.

Numa perspectiva de cariz socioeconómico, e a verificarem-se as previsões de tendência do aumento da prevalência da DM, os custos associados à doença e suas complicações crescerão exponencialmente.

Este facto, naturalmente, terá um forte impacto a vários níveis, afectando desde os doentes e suas famílias, até aos sistemas de saúde, ao governo e ao próprio país, recordando-se dados da Direcção-Geral de Saúde (DGS) de 2002, que estimavam a canalização de 10% dos recursos globais da saúde para a DM. Os números já fechados e conhecidos relativos a 2008 falam de 1.000 milhões de euros, isto é, 0,7% do PIB nacional e 7% da despesa em Saúde nesse ano.

Um relatório da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS), relativo a 2007, determinou que as normas de tratamento e de prevenção da DM, bem como das doenças cardiovasculares, não estavam a ser cumpridas devidamente nalguns serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Esse relatório apurou falhas significativas ao nível da oferta de serviços na área da DM, designadamente com carências inquestionáveis em áreas cruciais da prevenção das complicações da diabetes: pé diabético, diabetes na gravidez ou retinopatia diabética, por exemplo.

Os doentes com diabetes tipo 1 (DM 1), insulino-dependentes, são na sua maioria seguidos em consultas hospitalares e/ou de endocrinologia. Contam com diversos tipos de apoio, incluindo-se

¹ GARDETE-CORREIA, L. [et al.] – Estudo da prevalência da diabetes em Portugal – PREVADIAB, Lisboa: SPD–DGS [etc.]; 2009

a disponibilização de bombas de perfusão subcutânea contínua de insulina, sem encargos para o utente, desde finais de 2007². As pessoas com diabetes tipo 2 (DM 2) constituem, porém, a larguíssima maioria dos doentes diabéticos, e são seguidas no âmbito dos CSP, nível de cuidados indicado para estas situações.

Levanta-se aqui uma questão sensível e preocupante, na medida em que, apesar de a DM constituir objecto de programa específico e prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde, a resposta aparenta ser insuficiente.

O aumento da prevalência da DM em idades pediátricas foi uma referência de extrema importância, acentuando a razão para uma detecção precoce e a prevenção primária. A mortalidade por DM, em Portugal, situa-se acima dos 4%, mantendo-se infelizmente esta cifra ao longo dos derradeiros oito anos, sinal da incapacidade para inverter o quadro.

Por outro lado, sabe-se que o controlo glicémico adequado e exigente, a par da redução dos outros factores de risco cardiovascular, tem uma directa relação na redução da incidência de todas as complicações ligadas à DM, com apreciáveis mais-valias na relação custo-benefício e aumento da esperança média de vida dos doentes diabéticos.

Tratar bem os doentes portadores de DM é, assim, importante no plano individual, face ao risco de complicações, em geral graves, e à deterioração progressiva da qualidade de vida. Mas é igualmente indispensável em termos nacionais, em virtude dos custos imputáveis e da diminuição da produtividade.

É assinalável o esforço conjunto que tem vindo a ser desenvolvido pela ACSS, DGS e Coordenação do PNPDC, para concepção de uma estratégia para a Gestão Integrada da Diabetes (GID).

Enquadramento Jurídico

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, é uma autoridade administrativa independente, que tem por objecto a regulação, supervisão e acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

Como operadores sujeitos à sua regulação contam-se, nos termos do disposto no n.º 1 do art.º 8.º do citado diploma, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado e social.

No exercício das suas funções de regulação e supervisão, estabelecidas nos artigos 33.º, 35.º e 36.º do mesmo Decreto-Lei, incumbe à ERS zelar pelos legítimos direitos e interesses dos utentes, garantir o direito de acesso universal aos cuidados de saúde e verificar o cumprimento da carta de direito dos utentes:

- Através da garantia de acessibilidade aos serviços de saúde, de forma a prestar em tempo útil os cuidados técnicos e cientificamente adequados à situação do utente;

² Saliencia-se, todavia, que a disponibilização de bombas de perfusão de insulina está limitada a um número muito reduzido de utentes (100 por ano, por um período de 5 anos).

- Na determinação da oportunidade e adequação dos cuidados prestados, que deverão ser integralmente postos ao serviço do doente, até ao limite das disponibilidades, de forma que a prestação de cuidados seja uma resposta pronta e eficiente, que se integre num plano de cuidados continuados, de modo a proporcionar-lhes um acompanhamento adequado;
- Da informação ao utente sobre a sua situação de saúde, que deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a sua personalidade, o seu grau de instrução e as suas condições clínicas e psíquicas, especificamente, sobre elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, riscos associados e eventuais tratamentos alternativos.

Para tanto, compete à ERS defender o direito dos cidadãos na relação com os prestadores de cuidados de saúde e salvaguardar a manutenção e aperfeiçoamento dos procedimentos respeitantes à qualidade dos cuidados de saúde.

Esta atribuição é concretizada através da garantia de adequados padrões de qualidade de todos os serviços de saúde, como sejam a verificação do cumprimento, por parte dos operadores, das normas de qualidade aplicáveis, a adopção e verificação de boas práticas no que respeita aos actos dos profissionais de saúde e a avaliação dos padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados.

Neste contexto, e no entendimento das funções da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), um trabalho de avaliação sobre a diabetes justifica-se à luz da observância dos direitos dos utentes dos serviços de saúde e da qualidade dos cuidados dispensados.

Oportunidade

Traçado o enquadramento jurídico, e no âmbito das atribuições da ERS, pretende-se analisar e aprofundar as questões referentes à avaliação da qualidade de cuidados de saúde prestados à pessoa com diabetes, designadamente através da observação do cumprimento das directivas da Declaração de S. Vincent nas circulares da Direcção-Geral de Saúde, sem detrimento de outras questões e esclarecimentos e/ou comentários reputados por pertinentes na sua condução.

De algum modo, representa igualmente um modo de colaboração com os objectivos da IDF para o período 2009 – 2013.

Os números divulgados recentemente sobre a DM em Portugal estabelecem preocupação sob o ponto de vista da saúde pública, motivo pelo qual o diagnóstico precoce das condições que podem conduzir à DM se torna especialmente relevante como meio de prevenção.

Com a constituição, em 2009, de um grupo de trabalho dedicado ao estudo da diabetes por dois anos, a intenção da ERS ficou reforçada, sobretudo porque, em função da crescente prevalência da DM, e sabendo-se que o controlo adequado da evolução da doença nos diabéticos melhora a sua qualidade e esperança de vida, um conhecimento aprofundado dos meios e programas de gestão desta doença crónica assemelha-se útil, se não mesmo indispensável.

O Estudo

Objectivos

O objectivo primário do estudo é o da avaliação qualitativa dos cuidados disponibilizados aos doentes diabéticos portugueses, em particular aos diabéticos de tipo 2 (DM 2), tendo por dado adquirido que o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde se constitui como um direito fundamental.

São ainda objectivos secundários a auscultação e avaliação de medidas ou projectos apresentados por organizações de doentes ou profissionais nesta área temática, bem como o estudo de relatórios de actividade de instituições ligadas ou dispensadoras de cuidados a diabéticos, e ainda a análise da adequação do momento de admissão ao internamento, em situações cujo diagnóstico principal tenha sido a diabetes mellitus.

Conhecer os cuidados disponibilizados, os modos efectivos de referenciação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) aos hospitais, o tipo de articulação inter-pares, os meios de diagnóstico, o rastreio ou o tratamento foram os objectivos que procuraram estabelecer, numa primeira fase, ainda em 2009, um diagnóstico geral e, já em 2010, justificaram uma análise mais exaustiva da qualidade de cuidados dispensada no seguimento dos diabéticos portugueses.

Reconhecendo-se também alguma escassez na publicação de elementos sobre a DM na realidade portuguesa, em particular na área da qualidade, o trabalho ora proposto pretende ser um contributo para esse aprofundamento.

Exclusões

Para além da disponibilidade dos cuidados específicos, o conceito de qualidade inclui também factores como a melhor resposta técnica dos profissionais, o desempenho das organizações ou as amenidades oferecidas aos utentes. O estudo destas vertentes, ainda que afloradas num ou outro ponto, não poderia ser contemplado no presente trabalho.

O grupo de trabalho decidiu também prescindir da análise retrospectiva das reclamações recolhidas de população diabética, dado que a pré-avaliação efectuada não permitia identificar nas diversas entidades tal nexo de relação.

De igual modo, foi decisão do grupo não estender a avaliação ora apresentada aos sectores privado e social, uma vez que, enquanto doença crónica e multidisciplinar, sob enquadramento técnico e normativo da própria DGS, a DM aparece, em termos de responsabilidade primordial, confiada ao sector público, apesar da crescente relevância, em termos de percentagem da oferta, que os sectores Privado e Social têm vindo a adquirir.

Limitações e Condicionantes

Desde o início deste século que as necessidades de informação acerca da qualidade na prestação de cuidados de saúde têm aumentado.

Para além de, na literatura, não abundarem os trabalhos publicados sobre esta área, três grandes questões se colocam:

- A da avaliação da qualidade ser efectuada a partir de *guidelines* da prática clínica, nem sempre validadas enquanto indicadores de qualidade;
- A de se entender como indicador de qualidade a avaliação do volume anual de doentes tratados, ou seja, o receio de que indicadores de produção se possam confundir enquanto volume, que não especialização;
- E finalmente, a de se reconhecer uma maior facilidade no acesso aos dados respeitantes a doenças crónicas em meio hospitalar, sendo que, pela sua dimensão, a DM cabe no âmbito dos cuidados primários, enquanto rede de prestadores de primeira linha.

Assim, a gestão da DM, enquanto doença crónica, impõe um bom conhecimento da realidade da população, das suas principais necessidades e da optimização dos recursos.

O início do trabalho de campo e o levantamento dos dados para análise permitiu uma primeira conclusão: a de que, desde o meio do ano de 2009, também a DGS, em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, tinha em curso um estudo de avaliação da situação no que respeita ao rastreio e tratamento das complicações microvasculares da Diabetes.

Confirmou-se ainda, por várias vias e fontes, a grande proliferação de estudos, inquéritos e similares em curso na área dos cuidados de saúde, situação que urge rever e reflectir, sob pena de a sua repetição levar à desvalorização do interesse por parte dos respondentes. Em particular na Diabetes, foram várias as referências a este facto, sobretudo em 2009.

De resto, o próprio Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD)³, objecto de aprovação ministerial, integrou o Plano Nacional de Saúde, desenvolvendo-se de acordo com o seu próprio cronograma entre 2008 e 2010.

Outra dificuldade detectada prende-se com a gestão da comunicação e a qualidade dos registos, quer a nível dos prestadores de cuidados quer a nível institucional.

No que concerne aos Cuidados de Saúde Primários, nem todas as Unidades de Saúde, independentemente do modelo de organização subjacente, estão informatizadas e, de entre as que o estão, identificaram-se pelo menos três modelos de programa informático.

Por outro lado, nos registos em suporte físico (papel), ainda em vigor nalguns locais e com a generalidade da informação retrospectiva em todos os casos, verificam-se os seguintes factos:

- Estratégias de registo clínico individualizadas;

³ BOAVIDA, J. (2010)

- Modelos de suporte documental diversificado dentro das mesmas Administrações Regionais de Saúde, com variações entre si, citando-se, apenas a título de exemplo, a ficha clínica individual de adultos, a ficha de saúde infantil, a ficha familiar, a folha de consulta, a folha de registo de exames complementares de diagnóstico (ECD) e a folha de registos de enfermagem;
- Perda de informação sempre que os utentes se transferem entre Unidades de Saúde (em todos os seus elementos clínicos informatizados, de que são exemplo mais flagrante, por mais abrangente, os registos vacinais);
- Estratégias diversas no que respeita à conservação em arquivo clínico dos próprios ECD ou de fotocópias de elementos dos processos.

Afigura-se que se esta diversidade, por um lado, demonstra o grau de atenção e interesse colocado pelos prestadores na doença, por outro, pode ser perturbador, face à heterogeneidade que pode gerar em três capítulos:

- Ao nível da oferta, diversificada regionalmente e facilitadora de desigualdade na qualidade dos cuidados disponíveis;
- Ao nível dos registos, dado que, estando publicados dados que confirmam uma relativa falta de registos médicos, sobretudo susceptíveis de contribuir eficientemente para estudos retrospectivos, vão originar fórmulas de leitura e indicadores porventura não sobreponíveis ou “universais” no plano nacional;
- Ao nível da dispensa de cuidados de saúde, uma vez que os critérios diagnósticos, clínicos e terapêuticos, designadamente, assumirão rigores e perfis variados e eventualmente não validados.

Metodologia

Após a designação do Coordenador do grupo de trabalho pelo Conselho Directivo da ERS, da constituição do grupo pela indicação dos restantes membros e da reunião com o staff atribuído, iniciou-se, a 13 de Outubro de 2009, o trabalho de *back-office* para definição dos vários patamares de desenvolvimento do estudo.

A recolha de *inputs* e a consulta directa às entidades e instituições que partilham a missão de vigiar, prevenir e tratar os doentes diabéticos foi assumida enquanto esforço de aproximação à realidade nacional.

Procurou-se, entendendo algumas limitações e subjectividade nesta opção, valorizar quer o conhecimento, quer a experiência acumulada pelo contacto directo e contínuo com os utentes diabéticos. Por opção metodológica, a informação recolhida foi obtida a partir das solicitações realizados, baseando-se nos elementos declarados e que beneficiam da presunção de verdade.

Assim, foi definido um modelo de carta-circular⁴ a enviar, via CTT, a Ordens Profissionais, Sociedades Científicas, Associações de Doentes e figuras científicas de renome e prestígio nacional, solicitando colaboração adequada e informação de retorno.

Foram também solicitados elementos de informação a entidades como a Direcção-Geral da Saúde, o Alto-Comissariado da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, as Administrações Regionais de Saúde, os Agrupamentos de Centros de Saúde e algumas Direcções de Serviço Hospitalares.

Para auscultar a situação no terreno, foi criado um modelo de questionário, intitulado “Oferta Clínica em Contexto de Prática Integrada”, de resposta voluntária, a aplicar em duas versões ligeiramente diferentes, destinadas, respectivamente, a CSP e a Hospitais⁵.

A avaliação foi efectuada através do envio do questionário em formato electrónico, com reforço recordatório telefónico. A recolha das respostas decorreu entre Abril e Setembro de 2010, e foi disponibilizado, ao longo de todo o processo sequencial, informação e esclarecimento sob solicitação.

Trabalharam-se os resultados numa perspectiva não exaustiva, entendendo-se que a apresentação dos mesmos deverá ser motivadora do aprofundamento das interpretações e das avaliações, designadamente regionais ou parcelares.

O conjunto de resultados obtidos é vasto, permitindo uma análise regionalizada ou até a uma escala mais pequena e individualizada. No entanto, face à dimensão do problema de saúde pública que a DM representa, assemelhou-se incorrecto detalhar estes aspectos e diferenças, optando-se, portanto, por uma análise de tipo macro, de âmbito nacional, neste trabalho.

Todavia, tendo como alvos essenciais a análise da qualidade da oferta e da disponibilidade, não se hesitou em sublinhar os casos de maior afastamento face ao global dos resultados obtidos.

Procedeu-se ainda à recolha de enquadramento legal e normativo, técnico e social aplicável e disponível, documentação essa que foi sendo actualizada no decorrer dos trabalhos.

Respostas ao Questionário

Foi convidado a responder um vasto conjunto de entidades, incluindo todos os ACES e Hospitais Públicos⁶.

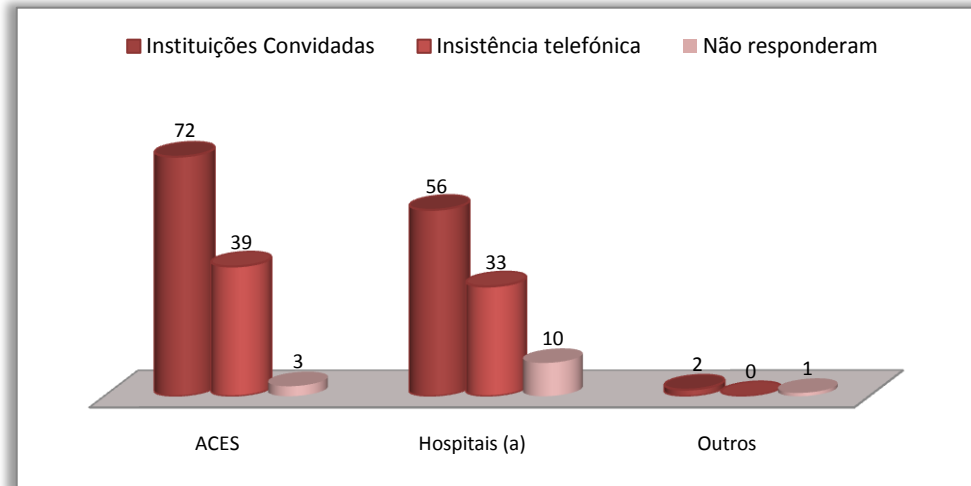
As figuras seguintes ilustram o universo contactado e o número de respostas obtidas.

⁴ Cf. Anexo II

⁵ Cf. Anexos III e IV

⁶ Cf. Anexo V

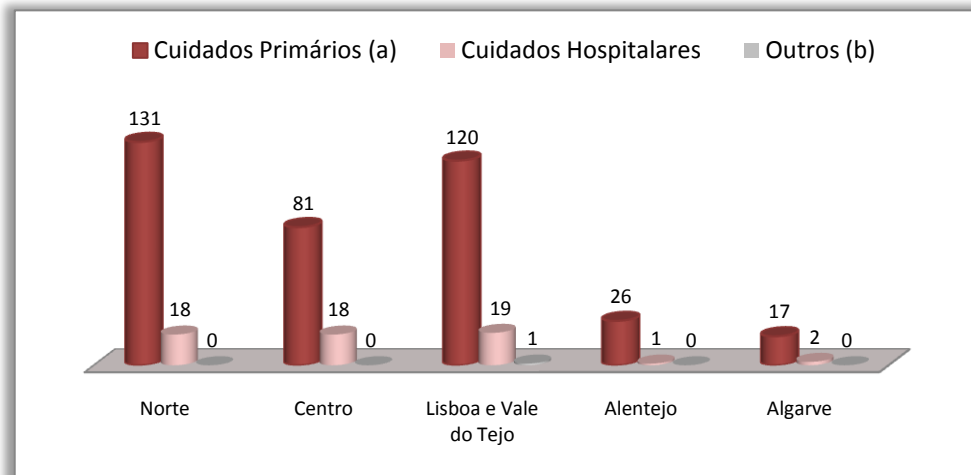
Fig. 1 – Instituições Convidadas



(a) Engloba Hospitais integrados em Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde

Seguem-se os números relativos aos questionários respondidos, necessariamente diferentes em função do número de unidades funcionais envolvidas em cada uma das instituições contactadas.

Fig. 2 – Respostas Recebidas



(a) Inclui unidades integradas em ULS

(b) Questionários tratados como os de Unidades de Cuidados Hospitalares

Face aos modelos de questionário utilizados, quer junto dos Hospitais, quer dos ACES, decidiu-se fazer a avaliação das respostas por grupos, em função da caracterização das questões formuladas.

Nos Hospitais, procedeu-se à divisão por três grupos, a saber:

- Especificidade da oferta
- Equipamento clínico disponibilizado
- Cuidados e orientações complementares existentes

Nos ACES, seguindo idêntico critério, a opção foi dividir por quatro grupos, nomeadamente:

- Especificidade da oferta
- Equipamento clínico disponibilizado
- Cuidados e orientações complementares existentes
- Abertura à Comunidade

Análise comparativa entre ACES e Hospitais

Haveria limitações a uma análise emparelhada entre centros especializados (hospitalares) e cuidados primários? Uma revisão de grande dimensão e suporte bibliográfico⁷ demonstra que não parece existir diferença entre os *outcomes* registados em doentes, por exemplo, com artrite reumatóide ou diabetes mellitus, tomando como base o nível hierárquico dos cuidados médicos.

Em todo o caso, o mesmo estudo não ignora que uma opção por centros especializados deva ser preferida, se forem necessários quer um volume de experiência, quer uma rentabilização do custo-eficiência, condições não aplicáveis à diabetes.

Assim, procedeu-se a uma breve análise comparativa entre os resultados obtidos pelos prestadores de cuidados de saúde primários e os de cuidados hospitalares, conforme distribuídos pelos grupos de caracterização das questões.

De ressaltar desde já que os valores percentuais apresentados se referem ao universo das respostas recebidas, o qual, apesar de significativo, não cobre a totalidade da oferta nacional, dada a ausência de resposta de algumas instituições.

Comparação ACES/Hospitais - Especificidade da oferta

Fig. 3 – Especificidade da Oferta

Especificidade da Oferta Questões	ACES		HOSPITAIS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Fazem atendimento específico para doentes diabéticos?	91,5%	8,3%	91,4%	8,6%
Verifica-se a observância de regalias/direitos dos portadores de DM enquanto utentes com patologia crónica?	96,8%	2,9%	96,6%	3,5%
Procedem à atribuição do “Guia do Diabético”?	96,8%	2,9%	N/A	N/A
Verifica-se o preenchimento do “Guia do Diabético”?	88,8%	10,7%	53,5%	46,6%

⁷ POST, P.N.; WITTENBERG, J.; BURGERS, J.S.

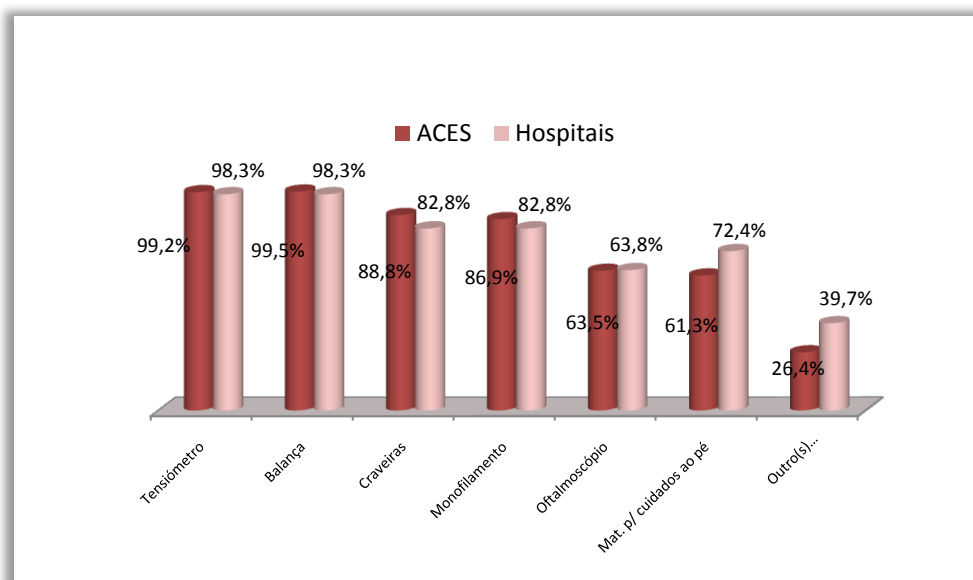
No 1º grupo de questões – Especificidade da Oferta – foi animador o resultado obtido no que toca ao atendimento específico aos doentes diabéticos, acima dos 90%, e muito positivo o facto da observância das regalias e direitos dos portadores de diabetes se encontrar na ordem dos 96%.

Em contrapartida, registou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação à verificação do preenchimento do “guia do diabético”, favorável à actuação dos Cuidados Primários.

Esta diferença poderá, por um lado, traduzir um perfil médio de maior gravidade nos doentes referenciados para os cuidados Hospitalares, com consequente “desvalorização” relativa daquele documento ou, por outro lado, significar uma maior atenção à vertente comunitária nas unidades de saúde de cuidados generalistas.

Comparação ACES/Hospitais - Equipamento Clínico

Fig. 4 – Equipamento clínico disponibilizado



Nas questões ligadas aos equipamentos clínicos, na generalidade não se assinalam grandes diferenças nos resultados obtidos. Afigura-se muito baixa a percentagem de disponibilização de monofilamento e material para cuidados ao pé, em ambos os tipos de instituição, dado considerar-se tão importante e ser sistematicamente sublinhado como fundamental no auxílio da prevenção do alcance do pé pela doença.

Comparação ACES/Hospitais - Cuidados e orientações complementares

Este é o grupo mais extenso e vasto de questões.

Fig. 5 – Cuidados e orientações complementares

Cuidados e orientações complementares existentes Questões	ACES		HOSPITAIS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Têm consulta específica de Enfermagem?	88,3%	11,2%	93,1%	6,9%
Têm consulta específica de Nutrição?	29,9%	69,6%	91,4%	8,6%
Têm consulta específica de Pé Diabético?	26,9%	72,5%	37,9%	62,1%
Têm consulta específica de Podologia?	9,6%	89,6%	19,0%	79,3%
A marcação das consultas de seguimento é feita:				
Pelos Serviços?	94,4%	1,9%	96,6%	1,7%
Pelos Doentes?	48,0%	48,3%	N/A	N/A
Realizam despiste de Retinopatia Diabética?	57,9%	40,8%	63,8%	34,5%
Fazem referência a Oftalmologia?	96,5%	2,1%	94,8%	3,5%
Fazem enquadramento por consulta de Nutrição?	52,0%	45,6%	N/A	N/A
Fazem enquadramento por consulta de Cardiologia (se necessário)?	80,3%	17,6%	91,4%	6,9%
Fazem ligação a consulta de Endocrinologia?	72,8%	25,1%	58,6%	39,7%
Fazem enquadramento por consulta de Nefrologia (se necessário)?	79,7%	17,3%	94,8%	3,5%
Fazem enquadramento por consulta de Podologia?	36,5%	61,1%	N/A	N/A
Fazem enquadramento por consulta de Pé Diabético?	60,8%	36,5%	N/A	N/A
Existem sessões de grupo com Diabéticos?	42,9%	56,5%	51,7%	46,6%
Disponibilizam material informativo/educacional aos utentes?	92,0%	7,2%	94,8%	3,5%
Fornecem meios de auto-controlo glicémico?	95,7%	4,0%	N/A	N/A
Existe um plano de realização de controlo laboratorial sanguíneo anual?	91,2%	7,7%	N/A	N/A
Realizam despiste anual de microalbuminúria?	96,3%	2,9%	N/A	N/A
Efectuam testes pesquisa de microalbuminúria?	29,9%	69,3%	N/A	N/A
Procedem à distribuição personalizada (a profissionais de saúde) de Orientações, Técnicas, <i>guidelines</i> ou equivalentes				
Da DGS?	89,1%	9,9%	75,9%	22,4%
Da APMCG?	54,1%	44,8%	N/A	N/A
De outras entidades?	34,7%	64,0%	N/A	N/A

A existência de consulta de enfermagem em articulação com a consulta médica – situação verificada em ambos os níveis de cuidados, com uma expressão ligeiramente superior nos Hospitais (88,3% versus 93,1%) – é de valorizar, dado que se conhece a relevância atribuída pelos doentes e pelos cidadãos à acessibilidade a cuidados de enfermagem, sobretudo num modelo organizacional de cuidados dispensados no contexto duma doença crónica.

Merece comentário a relação directa encontrada, ao nível dos ACES, entre a inexistência da consulta de enfermagem e a falta de material clínico básico. Será de admitir a hipótese de a falta de equipamento significar a impossibilidade de fazer funcionar a consulta de enfermagem. A relação invocada não se observou nos Hospitais.

A falta da Consulta de Nutrição nos CSP configura-se preocupante, com inexistência relatada em 69,6% dos casos. No sector hospitalar, pelo contrário, a Consulta de Nutrição acontece em 91,4% dos estabelecimentos respondentes. Os números parecem confirmar a existência de uma grave lacuna na área dos programas de educação alimentar e de terapêutica nutricional, essenciais na multidisciplinaridade prevista para o atendimento integral do portador de diabetes. Cerca de metade dos doentes com diabetes não são sequer referenciados para consultas de Nutrição.

Ao nível das consultas específicas de Pé Diabético, os números são muito baixos para CSP e Hospitais (26,9% e 37,9%, respectivamente). Piores resultados obtêm as consultas específicas de Podologia (9,6% e 19%). Verifica-se uma vez mais uma fraca presença no apoio aos portadores de diabetes nesta área, sabendo-se do peso relativo das complicações em causa. A acessibilidade parece ficar prejudicada, apesar de os CSP promoverem a oferta de enquadramento nas áreas de Podologia e Pé Diabético, por referência aos hospitais respectivos, resultado relacionado com a inexistência deste tipo de profissionais na maioria dos ACES do país.

O sistema de marcação de consultas de seguimento pelos próprios serviços cuidadores é assinalado entre 94,4% dos estabelecimentos prestadores de CSP respondentes e 96,5% dos Hospitais, sendo no entanto, no caso dos CSP, cumulativamente passível de efectivação pelos próprios utentes em 48% dos estabelecimentos.

Sabe-se que o sucesso no controlo da diabetes passa pela vigilância regular dos doentes, sendo assim indispensável uma programação aturada das consultas e respectivos intervalos. O objectivo deverá ser o de que todo o portador de diabetes tenha sempre uma próxima consulta de seguimento agendada.

O nível de realização do rastreio de retinopatia diabética é maior nos Hospitais, com 63,8%, contra 57,8% nos ACES. Porém, a percentagem de referência a Oftalmologia é superior nos ACES (96,5% versus 94,8%).

Outros exemplos da vantagem da partilha de recursos em ambiente hospitalar referem-se ao enquadramento pela Cardiologia, que nos Hospitais se situa nos 91,4%, contra 80,3% nos CSP, e pela Nefrologia, em que se registam valores de 94,8% nos Hospitais, contra 79,7% nos CSP.

Apesar dos números mais animadores relativamente a Cardiologia, convirá ter em atenção que, de acordo com os dados referentes aos GDH, disponibilizados pela ACSS, os doentes com diabetes internados por acidente vascular cerebral e por enfarte agudo do miocárdio representavam, em 2008, 25,8% do total de internamentos por AVC, e 29,2% do total de internamentos por EAM.

A ligação à consulta de Endocrinologia é naturalmente mais accionada nos CSP (72,8% contra 58,6% nos hospitais). Resta comentar que, face ao número de endocrinologistas e à sua distribuição nacional, é de prever algum atraso na resposta à referenciação.

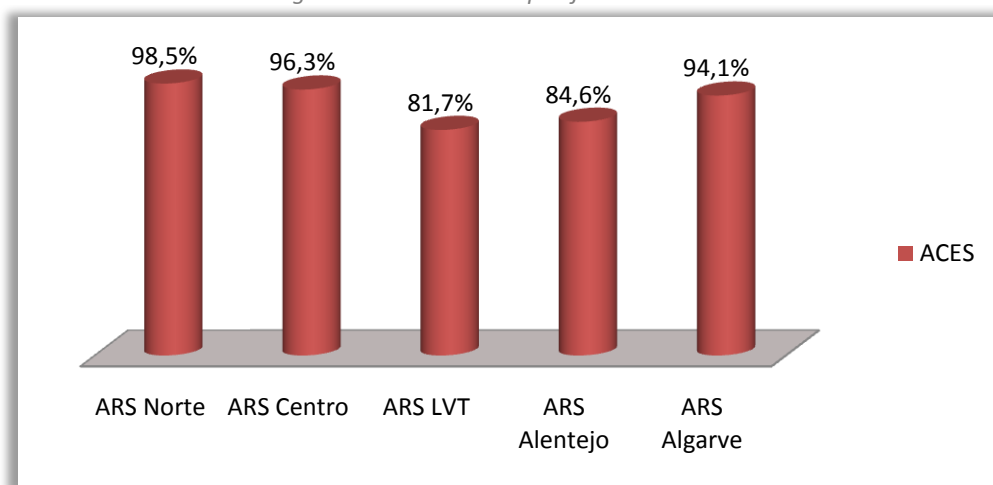
Análise Comparativa Regional

Considerou-se pertinente proceder a uma análise dos resultados do questionário realizado por regiões de saúde, de forma a tentar obter um panorama que reflectisse as diversas realidades geográficas.

É de salientar, desde já, que a distribuição de prestadores de cuidados não é idêntica em todo o país. Assim, é necessário algum cuidado na análise dos dados relativos às regiões do Alentejo e do Algarve, especialmente no âmbito dos cuidados Hospitalares, visto que o menor número de prestadores, aliado a uma mais baixa taxa de resposta, poderá prejudicar a significância estatística dos resultados apresentados.

Comparação Regional - Especificidade da oferta

Fig. 6 – Atendimento Específico a Diabéticos



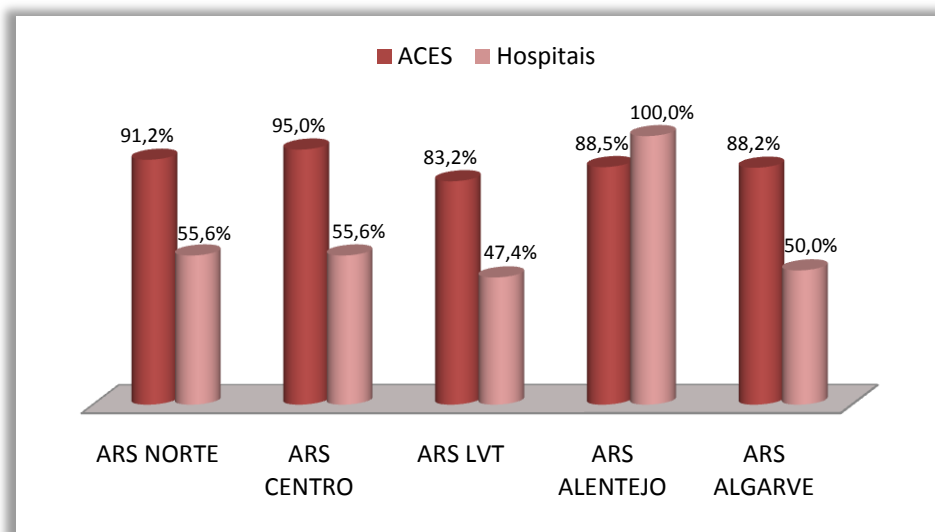
No que toca ao atendimento específico a doentes diabéticos, quando analisados os números relativos aos Cuidados Primários, os ACES das zonas das ARS Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo estão abaixo da média nacional.

Não fica claro em que sentido é que são efectivamente disponibilizadas as consultas de atendimento específico a doentes diabéticos, designadamente se sob a expressão “consulta de diabetologia” ou até “de diabetes”, ou se sob a designação das especialidades médicas adequadas (Endocrinologia ou Medicina Interna).

Relativamente ao Guia do Diabético, observa-se que apenas os hospitais respondentes da ARS Alentejo verificam o seu preenchimento de modo sistemático.

As respostas dos ACES, agrupadas pelas ARS que integram, revelam resultados díspares.

Fig. 7 – Verificação do Guia do Diabético



O Guia do Diabético é uma ferramenta para fins administrativos e de seguimento clínico dos diabéticos. A análise dos resultados obtidos aponta para a falta de percepção, atribuível, de acordo com alguns contributos, quer a prestadores quer aos próprios utentes, da importância clínica deste documento.

Comparação Regional - Equipamento Clínico

Fig. 8 – Equipamentos

Equipamentos	ARS NORTE		ARS CENTRO		ARS LVT		ARS ALENTEJO		ARS ALGARVE	
	ACES	Hosp.	ACES	Hosp.	ACES	Hosp.	ACES	Hosp.	ACES	Hosp.
Esfingomanómetro	98.4%	88.9%	100%	94.4%	100%	94.7%	100%	0%	94.1%	50%
Balança	98.4%	83.3%	100%	61.1%	100%	89.5%	100%	0%	100%	50%
Craveiras	83.2%	77.8%	92.5%	66.7%	88.2%	94.7%	100%	0%	94.1%	50%
Monofilamento	86.4%	61.1%	91.3%	55.6%	88.2%	68.4%	84.6%	0%	64.7%	0%
Oftalmoscópio	74.4%	77.8%	60.0%	55.6%	59.7%	73.7%	65.4%	0%	41.2%	50%
Material p/cuidados ao pé	61.6%	38.9%	68.8%	44.4%	51.3%	26.3%	84.6%	0%	47.1%	50%

A leitura dos resultados ligados aos equipamentos clínicos disponibilizados deixa alguma preocupação, designadamente porque, em função das taxas de prevalência da DM e do seu impacto na saúde e despesa públicas, seria de esperar uma maior resposta em matéria de equipamentos e recursos por parte dos prestadores de cuidados.

A título de exemplo, afigura-se inadmissível constatar que a existência de esfigmomanómetros ou de balanças, meros instrumentos de medição da pressão arterial e do peso, não tenha atingido os 100% em todos os serviços.

As craveiras, para medição de estatura, obtêm o pior resultado em cuidados primários nos ACES da ARS Norte (83,2%).

Ainda ao nível dos CSP, o monofilamento, instrumento muito simples para avaliação da sensibilidade e rastreio do pé diabético, tem taxas de resposta entre os 64,7 % na ARS Algarve e os 91,3 % na ARS Centro.

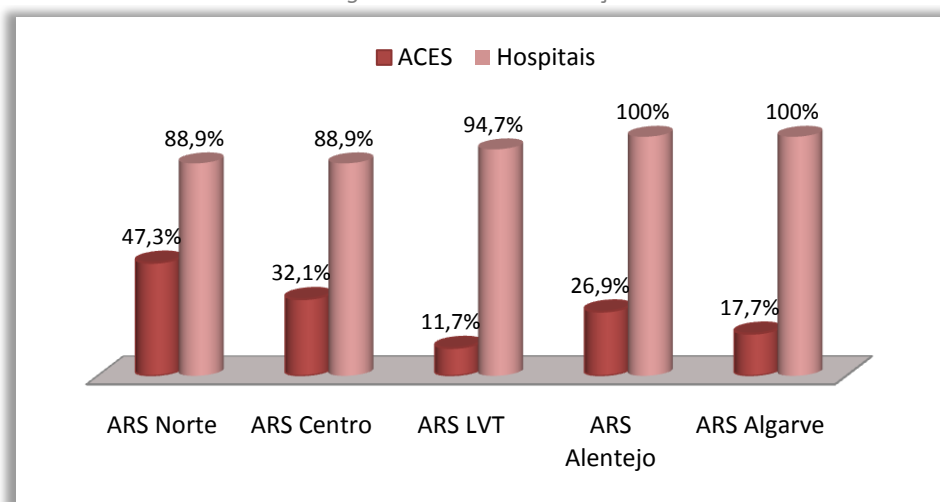
O oftalmoscópio, sendo reconhecido que a sua utilização implica treino e rotina para uma avaliação cabal, surpreende pelo facto de, em algumas regiões – designadamente Centro e Alentejo – apresentar taxas de disponibilização superior nos CSP relativamente aos Hospitais.

O material para cuidados do pé diabético destaca-se nos ACES da região do Alentejo – por oposição à ausência de menção nos hospitais respondentes da mesma ARS – mas não está presente de modo significativo em nenhuma das outras regiões.

Comparação Regional - Cuidados e orientações complementares

No conjunto das questões formuladas sobre cuidados e orientações complementares existentes, alguns resultados justificam comentário breve.

Fig. 9 – Consulta de Nutrição

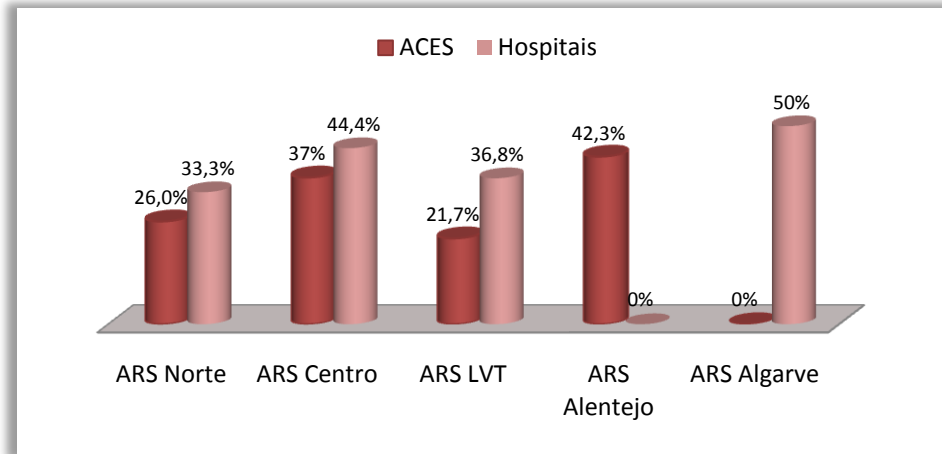


Analisando o panorama nacional da Consulta de Nutrição por Regiões de Saúde, o resultado confirma a escassez de recursos específicos no âmbito dos ACES, sendo ainda assim na ARS Norte que existe um número mais expressivo⁸.

Passando à consulta específica de Pé Diabético, também avaliada por Região de Saúde, resumem-se em seguida os resultados percentuais sobre os questionários respondidos:

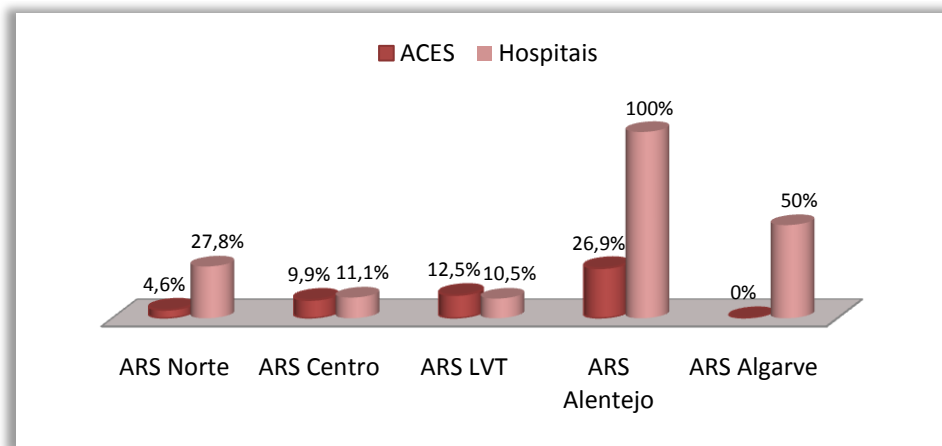
⁸ O Relatório elaborado pela IGAS – Proc. Nº 11/2009 – INS “Avaliação das medidas implementadas no âmbito da prevenção e controle da obesidade” (pág. 36) apresenta resultados diferentes dos obtidos neste estudo relativamente à realização de consulta de nutrição ou dietética. Dos 51 ACES avaliados pela IGAS, 70,6% efectuem Consulta de Nutrição. A discrepância dos resultados provavelmente reflecte a resposta, no presente trabalho, a uma consulta específica para utentes com DM, objecto do questionário da ERS.

Fig. 10 – Consulta de Pé Diabético



No caso da consulta específica de Podologia, por ARS, os números foram os seguintes:

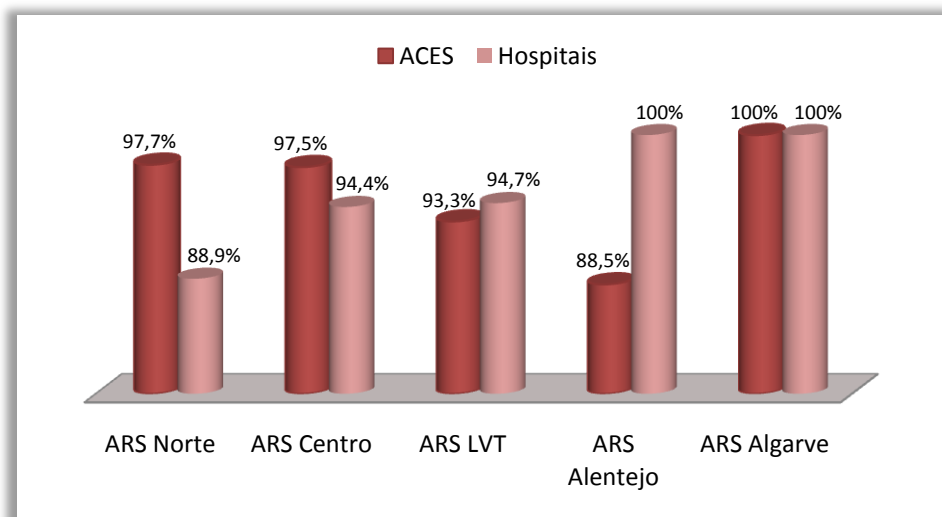
Fig. 11 – Consulta de Podologia



A questão sobre os meios de auto-controlo glicémico, os conhecidos dispositivos com fitas-teste de leitura rápida a partir do sangue recolhido por picada capilar no dedo, merece detalhe.

Os resultados obtidos não foram homogéneos:

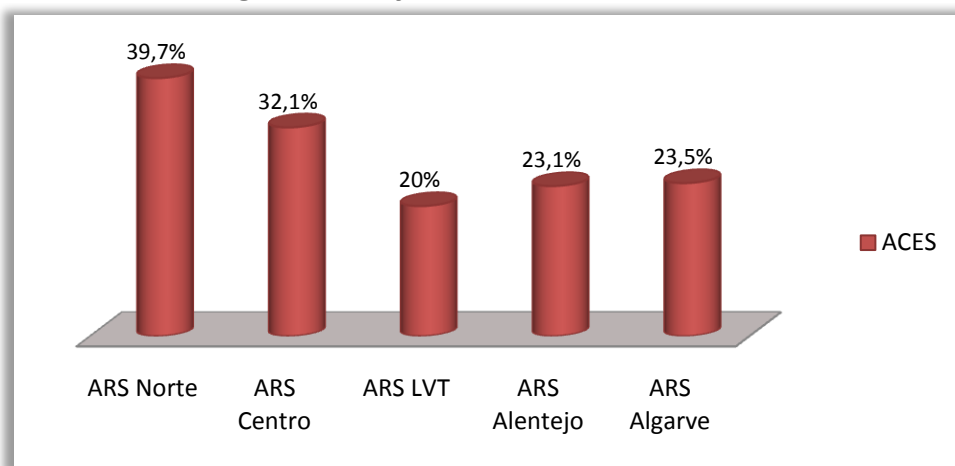
Fig. 12 – Meios de auto-controlo glicémico



A realização do teste de microalbuminúria foi uma questão aplicada aos ACES e aos Hospitais, sendo que no caso dos ACES era completada pela questão relativa à disponibilização de meios de teste rápido (fitas-teste).

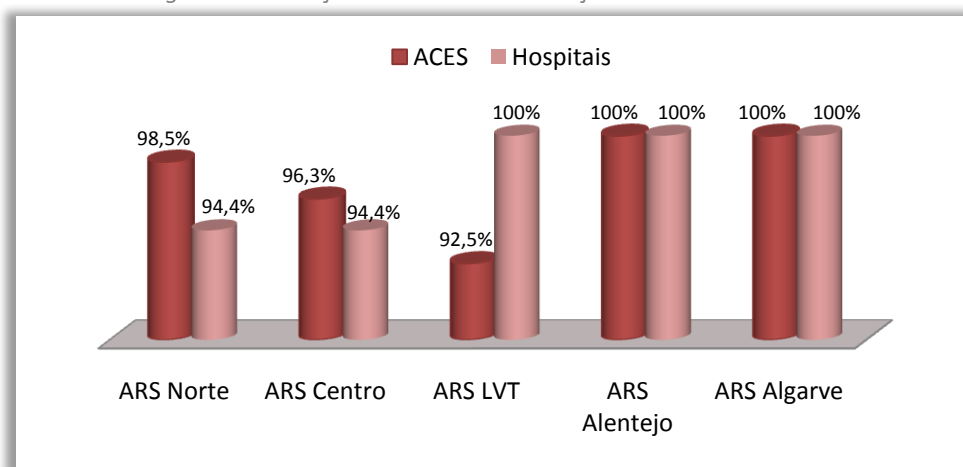
Sobre a segunda parte da questão, os dados revelam uma fraca taxa de distribuição deste meio, aliás, por unidade bem mais económico (4 vezes menos) do que o seu equivalente laboratorial (colheita de urina de 24 h):

Fig. 13 – Realização do teste de microalbuminúria



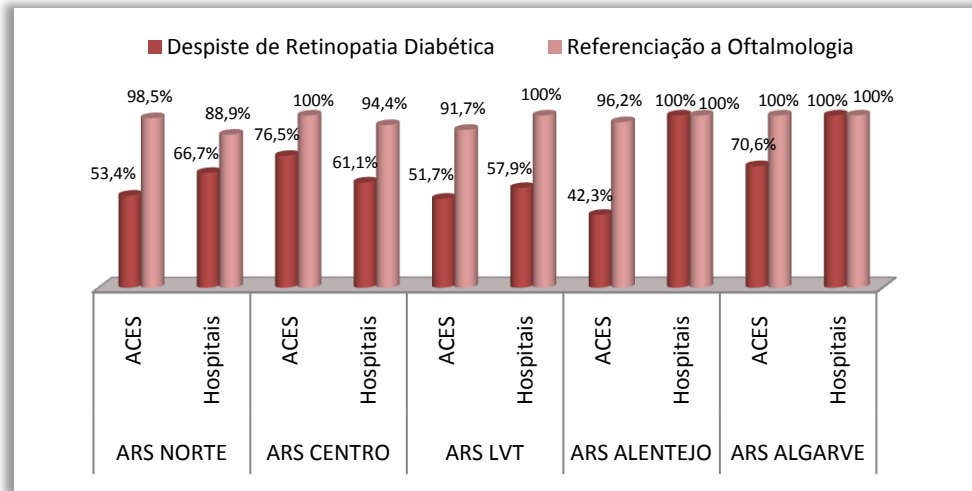
Deve aqui recordar-se que cerca de 25% das pessoas em hemodiálise são portadores de DM. No entanto, pese embora a ligeira diferença entre ACES e Hospitais, a cobertura global no que toca à realização anual da determinação de microalbuminúria é bastante positiva, pelo que se pode considerar que os doentes portadores de DM não estão particularmente lesados neste parâmetro:

Fig. 14 – Realização anual da determinação de microalbuminúria



No âmbito do rastreio da retinopatia diabética, deve referir-se o caso do Algarve, onde a implementação do Programa Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes, envolvendo os Hospitais de Faro e do Barlavento Algarvio, parece apontar para resultados já acima da média.

Fig. 15 – Despiste de Retinopatia e Referenciação a Oftalmologia

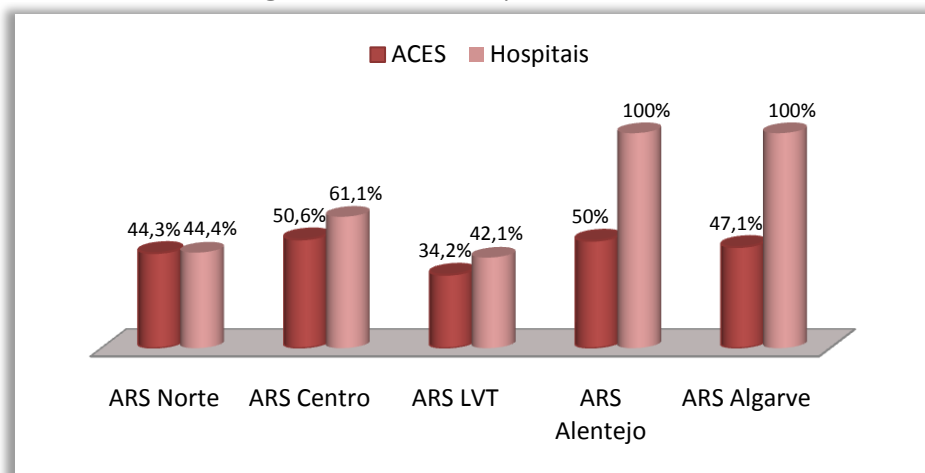


Comparação Regional – Abertura à Comunidade

No que toca à abertura à comunidade, independentemente da interpretação dos resultados, fica patente a necessidade de maior investimento nessa área, designadamente dos próprios cidadãos, sendo certo que há já mecanismos legais e organizacionais previstos que poderão colaborar nesta matéria. Falamos da articulação dos ACES com as autarquias, associações de utentes, colectividades e formas de organização da sociedade civil nos chamados Conselhos da Comunidade.

Neste grupo de questões, os resultados obtidos foram muito interessantes do ponto de vista da demonstração de diferenças significativas, algumas das quais com prováveis implicações na qualidade dos resultados clínicos obtidos.

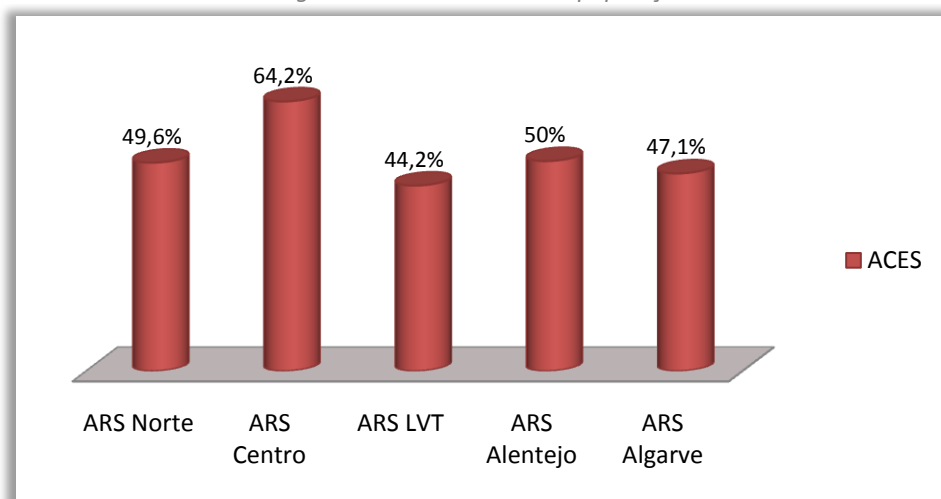
Fig. 16 – Sessões de Grupo com Diabéticos



É o caso da realização de sessões de grupo com diabéticos, onde, à excepção da Região Norte, onde os valores são extremamente próximos, os hospitais têm uma acção mais marcante neste capítulo do que os CSP.

A promoção de rastreios de DM à população em geral tem sido uma actividade transversal nos ACES, embora com valores diferentes entre eles, por ARS. No entanto, poderá considerar-se que tal esforço traduziria melhores resultados com a celerização da referenciação imediata dos utentes. Foi ainda reportado em algumas contribuições que situações de rastreio generalizado são pontuais, e não sistemáticas, como previsto no PNPCD.

Fig. 17 – Rastreios de DM à população



A disponibilização de material informativo/educacional aos utentes é generalizada entre ACES e Hospitais, com percentagens bastante elevadas.

Quanto às *guidelines* sobre DM para profissionais e respectiva distribuição personalizada, constata-se que nos Cuidados Primários, para além das emanadas pela DGS, são também de considerar as promovidas pela APMCG (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral), além de outras editadas por outros organismos, designadamente Associações de Doentes, companhias farmacêuticas, etc.

Alguns contributos apontam no sentido de melhorar a articulação e a partilha da informação com as associações de diabéticos.

Análise e Discussão dos Resultados

É expectável que os doentes diabéticos, ao longo das suas vidas, integrem, respeitem e sequenciem um leque de acções comportamentais, quer preventivas, quer terapêuticas, o que sugere o risco, confirmado, de ocorrer uma falta de adesão globalizada, tal como acontece com a generalidade das doenças crónicas. Para tal, a educação para a saúde e para a prevenção são fundamentais.

Ou seja, a responsabilidade pelo tratamento radica sempre no doente ou nos seus cuidadores, mas o reforço tem que centrar-se no papel dos profissionais de saúde em termos da gestão das doenças crónicas.

Factor importante e a sublinhar, não parece existir diferença estatisticamente significativa entre os doentes com distintas características demográficas (sexo, estado civil e profissão) quanto à adesão ao tratamento, nem correlação entre esta e a idade e a escolaridade dos doentes⁹.

Acesso aos CSP

Apesar de a questão do acesso aos cuidados de saúde não constar dos objectivos do presente trabalho¹⁰, não é possível ignorar as alusões a esta vertente nas diversas contribuições recebidas na sequência da solicitação de cooperação.

Foi reiteradamente mencionada a existência de um elevado número de doentes que, devido às dificuldades na atribuição de médico de família e na marcação de consultas de recurso, recorrem ao Centro de Saúde apenas para levantar receituário e não são, durante largos períodos, avaliados clínica e laboratorialmente.

Por outro lado, houve diversas alusões a utentes enviados para a consulta Hospitalar pelo facto de não terem médico de família, e que portanto chegam à consulta de especialidade com vários anos de Diabetes sem vigilância regular e sem avaliação da evolução da doença.

Educação para a Saúde

Quando se fala de doenças crónicas, a educação dos doentes para a saúde reforça a dimensão e componente do trabalho multi-factorial na prevenção e combate.

A educação pode melhorar o conhecimento da doença, a percepção dos factores positivos e negativos na sua evolução, a adesão à terapêutica e aos programas de controlo da doença, a redução global dos custos e a melhoria da qualidade de vida.

No caso da DM, o principal interesse dos prestadores aparenta centrar-se na qualidade do controlo glicémico, como indicador clínico.

⁹ SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H.

¹⁰ Sobre esta temática a Entidade Reguladora da Saúde publicou, em Novembro de 2008, um trabalho intitulado “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”, disponível em <http://www.ers.pt/actividades/estudos>

Parece que a aposta na educação para a saúde não terá sido implementada na dimensão que se justificava, compreendendo-se naturalmente os enormes constrangimentos dos prestadores de cuidados, pese embora a existência de algumas circulares normativas e técnicas da DGS.

Estes constrangimentos incluem a pressão no dever de dispensa de cuidados curativos, em detrimento dos cuidados preventivos, a falta integral de cobertura dos utentes inscritos no SNS por médicos de família, a carga acrescida de procura em função das situações agudas cujo – melhor e mais recente exemplo é o das gripes, sazonal e H1N1 –, a carência de salas para reuniões de grupo e de educação nas instalações do SNS, a falta de atenção dos “media” para um programa global de educação para a saúde, e para a DM em particular, e a ausência de interesses comerciais da indústria alimentar na DM por contraponto, por exemplo, do que ocorre com a Osteoporose.

No espírito da recomendação da adopção de estilos de vida saudáveis, poder-se-ia igualmente discutir a vantagem da definição de planos de exercício físico adaptado, questionando-se o interesse e oportunidade da avaliação do estado físico do diabético por fisioterapia, por medicina desportiva ou por um profissional de Educação Física ou de Motricidade, a fim de realizar um plano individual de treino em interacção com a restante equipa multidisciplinar.

Meios de auto-controlo glicémico

A auto-monitorização glicémica em utentes com DM não insulino-tratados tem sido muito discutida, até pelo elevado impacto económico do custo dos equipamentos e fitas-teste. Para elucidação, refira-se que o seu custo anual oscilará em redor dos 37 a 40 milhões de Euros de despesa.

Os resultados dos estudos efectuados sobre esta questão têm sido claramente inconsistentes e os elementos recolhidos de estudos aleatorizados e controlados apenas apontam o seu interesse efectivo quando, pelos prestadores de cuidados de saúde e pelos doentes, existe discussão e modificação activa, conseqüente de comportamentos e/ou ajustamentos terapêuticos¹¹.

Ou seja, a utilização da auto-monitorização glicémica tem um custo cujo benefício apenas deve ser equacionado se existir uma partilha de informação e consequência entre o utente diabético e o seu prestador de cuidados de saúde.

Deverá, portanto, ser desencorajada nos casos em que ocorra a ausência quer de educação relevante e contínua, quer de capacidade ou motivação para modificar os comportamentos ou as modalidades/esquemas terapêuticos.

Tendencialmente, face ao crescendo de prevalência da DM, os modelos de intervenção clínica exigirão maior poder de comunicação e de treino e educação dos prestadores e utentes.

¹¹ IDF: 2010. Disponível em <http://www.idf.org/>

Guia da Pessoa com Diabetes

Neste capítulo, seria de discutir o impacto real do *Guia da Pessoa com Diabetes* no processo de dispensa de cuidados.

As pessoas com DM podem – e devem – ter acesso ao *Guia da Pessoa com Diabetes*, documento individual distribuído gratuitamente pela rede de cuidados primários de saúde do SNS e da competência da DGS¹².

O modelo do *Guia da Pessoa com Diabetes* poderá nem ter o formato adequado, nem ter tido o apoio que os seus pressupostos justificariam. Um dos seus objectivos, fracamente realizado, segundo os dados recebidos, seria o de servir para “contratualizar” entre a pessoa com diabetes e o seu médico, pelo menos, um objectivo anual a atingir e registar.

Acresce que este modelo, em suporte de papel, choca com os registos clínicos informatizados em crescente uso e com os constrangimentos de tempos de consulta invocados.

Volvidos quase 10 anos, os relatos recebidos, sobretudo a partir da elevação do nível de informatização dos cuidados primários, parecem apontar no sentido da desvalorização pelos prestadores daquele documento, o qual parece, crescentemente, assumir o mero papel de identificador de “pessoa com diabetes”, como o reconhece a sua designação.

Equipamentos

O objectivo deveria ser o de atingir, em todas as unidades de saúde que atendam doentes diabéticos, o pleno dos equipamentos disponíveis, tidos por indispensáveis à avaliação do seu estado de saúde.

Enfatiza-se aqui especialmente a carência de materiais inerentes aos cuidados do pé e à prevenção das amputações, tanto mais que é conhecido que o número actual de amputações é superior ao verificado no início desta década, ainda que tendo em conta o carácter “epidémico” da DM.

Outro ponto a merecer sublinhado é o facto de a prestação de cuidados clínicos às pessoas portadoras de diabetes prever dois a quatro atendimentos anuais por esse diagnóstico/problema de saúde, o que invocará um maior desgaste de equipamentos e gasto de consumíveis.

Nutricionistas

A cobertura dos doentes diabéticos nos CSP por Nutricionistas está ainda longe do desejável, havendo ACES sem qualquer Nutricionista colocado.

A ausência de aposta nesta área, face a uma doença crónica como a DM, torna-se dramática quando se sabe o peso que os cuidados alimentares impõem neste grupo de doentes, quer para controlo da própria DM, quer para a correcção do peso e combate à obesidade.

¹² Cf. Portaria nº 655/2007, de 29 de Junho

Não é excessiva a insistência na importância da consulta multidisciplinar, onde o Nutricionista deve participar, para ser possível a implementação de Programas de Educação Alimentar e Terapêutica Nutricional, fundamentais no tratamento/prevenção da DM.

Consultas de Enfermagem

Convém salientar o papel da enfermagem, cuja função de cuidar, motivar e educar optimizam a aderência ao tratamento clínico, à detecção precoce das complicações crónicas e ao controlo glicémico.

Algumas contribuições apontaram para a existência de vários doentes que referem ir durante anos à consulta da enfermeira do Centro de Saúde, sem passar pelo seu médico. Apesar de não se pretender cair neste extremo, na prestação de cuidados de saúde em doentes crónicos identifica-se um papel central dos cuidados de enfermagem, não só pela proximidade e facilidade de contacto, habitualmente menos restritivo e burocratizado, mas também pela linguagem utilizada e pela facilidade na marcação dos contactos seguintes.

O Pé Diabético

O chamado pé diabético é uma das mais graves complicações da DM, dado o elevado risco de amputação de membros inferiores.

Esta situação representará cerca de 60% de todas as amputações realizadas por causas não traumáticas. Além disso, após a amputação, o membro remanescente sofrerá de acréscimo de esforço, sabendo-se que, após a primeira amputação, decorridos cinco anos, mais de 50% dos doentes já terão sofrido necessidade de amputação contralateral.

A abordagem do pé diabético deve, pois, ser sistemática e obrigatória, integrando profissionais treinados e especialistas do pé (ortopedista, cirurgião vascular e podologista), para além do rastreio de alterações sensitivas em todos os doentes diabéticos.

A falta de consulta do pé diabético é generalizada ao nível dos CSP, embora seja realizado o referido rastreio pelo uso do monofilamento de Semmes-Weinstein. No entanto, a escassez de profissionais na área de Podologia não permite uma leitura rigorosa dos resultados nem um seguimento regular e sistemático da evolução destas situações.

Cuidados Hospitalares

No plano hospitalar foi possível, desde logo, elencar alguns pontos a merecer reflexão

Detectou-se a necessidade de melhorar consideravelmente os níveis de atendimento da vigilância da retinopatia diabética aos doentes seguidos nos CSP e entretanto referenciados para consultas hospitalares de Oftalmologia.

Os sistemas de comunicação integrados representariam aqui uma mais-valia considerável.

Constatou-se que as unidades de Endocrinologia têm um pequeno número de profissionais e não se encontram distribuídas de modo homogéneo a nível nacional.

A referenciação de doentes diabéticos sem médico de família atribuído dificulta a sua devolução aos CSP, agravada pela pressão de familiares e dos próprios doentes diabéticos que levantam dificuldade nas altas hospitalares, face à ausência de consultas integradas e multidisciplinares nas suas Unidades de origem.

Internamentos

O aperfeiçoamento e diversificação da oferta de cuidados, juntamente com a melhoria do acesso das pessoas com diabetes aos serviços de saúde, podem fazer prever ganhos efectivos de saúde.

A progressiva redução das taxas de registo de episódios de internamento hospitalar por diabetes com complicações não especificadas, verificada na última década, a partir da avaliação feita segundo os GDH, parece confirmá-lo.

Constituindo os cuidados hospitalares uma parcela significativa nos custos da saúde (cerca de 390 a 400 milhões de euros por ano), a diabetes, pela sua prevalência em expansão, pode representar um problema, sobretudo face à incidência e peso das complicações da doença.

Os custos por internamento com a DM como diagnóstico principal subiram, nos últimos anos, de 25.000 para 40.000 Euros, muito à custa da doença vascular periférica e das complicações oftalmológicas.

Os estudos envolvendo a análise dos internamentos a partir do diagnóstico principal são bem conhecidos e podem ajudar à compreensão de certos fenómenos e tendências. Certo é que, entre 2000 e 2008, os internamentos com diagnóstico principal de DM à data da alta quase duplicaram.

Aspectos como o das co-morbilidades ou o da adequação do momento da admissão ao internamento, por exemplo, podem gerar algumas dificuldades e polémica.

O número anual de amputações aproxima-se dos 2000, dos quais mais de metade são realizadas acima do joelho.

Considerando que a despesa por doente poderia ser um melhor indicador do consumo de recursos do que outros factores ou variáveis, designadamente a duração do internamento, optou-se por não introduzir o seu número na análise dos internamentos por Diabetes.

Acresce finalmente que, em função da melhoria da articulação entre os hospitais e as unidades funcionais dos ACES, o próprio conceito de internamento por tempo inferior a 24 horas poderá prejudicar outra leitura.

Conclusões

Se a ineficácia do controlo da diabetes pode ter por base as características dos doentes considerados, é certo que também as características dos profissionais de saúde ou das unidades ou sistemas de saúde onde se inserem e são atendidos são fundamentais para a sua melhoria.

O regime de contactos frequentes, ou mesmo o esforço de marcação regular de consultas, pode não se traduzir num melhor controlo da doença, até porque a qualidade global dos cuidados de saúde depende, obviamente, de factores estruturais e organizacionais.

No entanto, o facto de haver utentes sem médico de família constitui certamente um ponto em desfavor do combate à DM, atestando ainda a dificuldade no acesso aos cuidados do SNS.

A nível dos sistemas de informação, verificou-se a existência de protocolos de seguimento e *follow-up* diversificados, associados a outras estratégias de registo clínico de dados, pese embora a gradual e progressiva extensão de sistemas de informação em suporte digital.

Em termos práticos, constatou-se um baixo índice de utilização de alguns modelos de aplicação de questionários/scores sobre o conhecimento e cálculo do risco de DM, nomeadamente o “QDS score”, o “Finnish Type 2 Diabetes Risk Assessment Form” e uma versão portuguesa, conhecida como “ficha de avaliação de risco de diabetes tipo 2”.

Por sua vez, os índices de utilização do Guia da pessoa com Diabetes revelaram-se significativamente baixos, assumindo este documento, frequentemente, um papel meramente identificativo, que não corresponde ao objectivo inicial para que foi concebido.

Apesar da produção, pela Direcção-Geral da Saúde, de diversa informação técnica de elevada qualidade relativamente à Diabetes Mellitus, nomeadamente sob a forma de circulares normativas, não se puderam apurar quaisquer elementos relativos à avaliação da implementação das mesmas ou sequer do seu cumprimento por parte dos prestadores de saúde.

Ainda assim, em muitos casos, como em relação à prevenção da retinopatia, passaram mais de 10 anos entre a sua publicação e difusão aos Serviços e a apresentação e arranque efectivo ao nível de algumas ARS. O atraso verificado e confirmado na implementação destas Normas é um facto lamentável.

No tocante ao direito dos utentes portadores de DM, constata-se uma assimetria regional considerável em muitos dos parâmetros inquiridos, quer no plano dos cuidados primários, quer no dos cuidados hospitalares, designadamente ao nível dos recursos materiais e humanos.

Percebendo-se a necessidade de complementaridade dos cuidados na Diabetes, nomeadamente face à obesidade e ao excesso de peso, e sublinhando-se que o PNPCD o assumia como intenção expressa, fica clara a escassez nacional da oferta da prestação de Nutricionistas, bem como a fragilidade do SNS no entendimento, apoio e participação aos meios de tratamento e prevenção da obesidade.

Atentos os números referentes a amputações, os cuidados preventivos relacionados com o pé diabético também se revelaram muito aquém do desejável.

A existência recorrente de consulta de enfermagem em articulação com a consulta médica foi um dos aspectos positivos detectados no decorrer do estudo, apesar de ainda não atingir a totalidade das instituições, como aconselhável.

O facto de não haver consultas específicas de DM, no âmbito dos CSP, pode não representar um resultado dramático, mas traduzir apenas um novo – e desejável – modelo de prestação universal de cuidados, em unidades funcionais, em que cada médico, enfermeiro e secretário de família prestam cuidados a uma lista de utentes livremente inscritos.

Propostas

O Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes – 2009¹³ confirmou taxas de prevalência da DM assustadoras e de certo modo surpreendentes. Depois deste Relatório, o problema da prevenção da DM deixa de ser um problema médico no sentido mais restrito e reveste-se de um carácter claramente político e estratégico do País.

O peso da morbilidade e da mortalidade, em conjunto com os custos com recursos e consumos de medicamentos, internamentos, tratamentos vários, fitas-teste e rastreios justificam largamente esta classificação.

Se a educação das populações para a saúde é fundamental a título preventivo genérico, também o ensino para controlo da doença assume um papel de extremo relevo na contenção da evolução da DM e, conseqüentemente, dos custos a ela associados.

Assim, as propostas do grupo de trabalho vão no sentido da implementação de medidas organizativas simples e claras, tais como:

- O investimento, por parte dos CSP, na sua própria abertura à sociedade, nomeadamente com sessões de educação para a saúde ou sessões temáticas, como cursos de culinária saudável, dicas para confecção de alimentos, programas de exercício físico e outras actividades afins, em interligação e cooperação com outras instituições públicas (escolas, edilidades, etc.).
- A aplicação de protocolos diagnósticos, clínicos e terapêuticos uniformizados e a standardização dos modelos de registo.
- A implementação de sistemas de informação com interligação institucional, com inclusão de uma ficha de cálculo de risco, a exemplo do observado a propósito do risco cardiovascular global, como meio de gestão de recursos e melhoria da capacidade diagnóstica, que poderia colmatar os baixos níveis de utilização do Guia da Pessoa com Diabetes.
- A sistematização, institucionalização e contratualização da interdisciplinaridade das equipas que acompanham a pessoa portadora de DM no âmbito dos Cuidados Primários, incluindo profissionais das áreas do Nutricionismo, Fisioterapia, Podologia, Optometria e Educação Física / Motricidade, como complemento às consultas médicas e de enfermagem.
- A verificação rigorosa do cumprimento e implementação das Normas e Circulares da DGS.

¹³ GARDETE-CORREIA, L. (Coordenador da OND) – Diabetes 2009: factos e números. Lisboa: Observatório Nacional da Diabetes; 2010

Agradecimento Final

O Grupo de Trabalho gostaria de expressar público agradecimento a todos quantos, individual ou institucionalmente, colaboraram quer na resposta aos questionários e demais solicitações, quer no envio de material e documentação.

Às instituições abaixo listadas cumpre-nos deixar um bem-haja pela cooperação, na expectativa de que o presente trabalho venha a colmatar algumas das lacunas mencionadas.

- Administração Central do Sistema de Saúde
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
- Administração Regional de Saúde do Algarve
- Administração Regional de Saúde do Norte
- Associação de Diabéticos de Ovar
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas
- Ordem dos Enfermeiros
- Secretaria-Geral do Ministério da Saúde
- Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo dos Hospitais da Universidade de Coimbra
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo
- Sociedade Portuguesa de Oftalmologia
- Unidade de Endocrinologia do Hospital de São Bernardo - Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da ACSS

Bibliografia

FAHEY, T.; SCHROEDER, K.; EBRAHIM, S. - Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. **Br. J. Gen. Pract.**; 2005; 55: 875-882

GARDETE-CORREIA, L. [et al.] – Estudo da prevalência da diabetes em Portugal 2009. Lisboa: DGS [etc.]; 2009

POST, P.N.; WITTENBERG, J.; BURGERS, J.S. - Do specialized centers and specialists produce better outcomes for patients with chronic diseases than primary care generalists? A systematic review. **Intern J. Quality H. Care**; 2009; 21(6): 387-396

SILVA, I. [et al.] – Effects of treatment adherence on metabolic control and quality of life in diabetic patients. **Psychosomatic Medicine**; 2002; 64 (1): 125-127

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. – Adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. **Referência**; 2006; II série, 2, Junho: 33-41

RESTUCCIA, J. – AEP and other tools to assess hospital appropriateness. In Conference on the Appropriateness Evaluation Protocol. Lisboa, 5 de Março de 2004. Lisboa: Unidade de Missão dos Hospitais, S.A.

BOAVIDA, J. (Coordenador do PNPCD) – Execução do programa nacional de prevenção da diabetes 2008/2009. Lisboa: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; Abr. 2010

GARDETE-CORREIA, L. (Coordenador da OND) – Diabetes 2009: factos e números. Lisboa:

IDF: 2010 [acesso em 2010 Set 14]. Disponível em <http://www.idf.org/>

Enquadramento legal, técnico e social

Legislação

Portaria n.º 364/2010, de 23 de Junho (Regime de preços e comparticipações)

Portaria nº 655/2007, de 29 de Junho (Guia da Pessoa com Diabetes)

Estudos e Relatórios

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

Estudo da Prevalência da Diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na rede Médicos – Sentinela; Ver. Prt. Clin. Geral 2008;24:679 – 92

Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal – SPD, APDP, FMUC, DGS, PNPCD

A Realidade Epidemiológica da Diabetes em Portugal, in Revista Portuguesa de Diabetes. 2009; 4 (3) Suppl: 14-17; Epidemiologia dos Internamentos por Diabetes e da Mortalidade por Diabetes, in Revista Portuguesa de Diabetes. 2009; 4 (3) Suppl: 18-26

Diabetes: Factos e Números 2009 – Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes Portugal

Relatório de Execução do Programa Nacional de Prevenção da Diabetes 2008/2009. Lisboa: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes; Abr. 2010

DGS

Despacho n.º 33/2010, 14 de Outubro – Grupo de Trabalho de Revisão das Circulares Normativas da DGS

Circulares Normativas

Circular Normativa n.º 05/PNPCD, 22-03-2010 – Pé diabético

Circular Normativa n.º 17/DQS/DGIDI, 25-08-2010 – abertura de candidaturas a centro de tratamento para perfusão subcutânea contínua de insulina para mulheres com Diabetes tipo 1 e pré-concepção ou durante a gravidez 2010

Circular Normativa n.º 09/DQS/DGIDI, 27-04-2010 - abertura de candidaturas a centro de tratamento para perfusão subcutânea contínua de insulina 2010;

Circular Normativa n.º 02/PNPCD, 22-01-2010 – Registo Nacional de Diabetes tipo 1 e tipo 2 infanto-juvenil: DOCE (Diabetes: registo de Crianças e jovens)

Circular Normativa n.º 17/DSCS/DGID, 04-08-2008 – Gestão Integrada da Diabetes – Elegibilidade dos doentes para tratamento através de perfusão subcutânea contínua de insulina

Circular Normativa n.º 15/DSCS/DGID, 01-08-2008 - Candidaturas a centro de tratamento para perfusão subcutânea contínua de insulina

Circular Normativa n.º 23/DSCS/DPCD, 14-11-2007 – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

Circular Normativa n.º 09/DGCG, 04-07-2002 – Actualização do Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabete Mellitus

Circular Normativa n.º 13/DGCG, 07-09-2001 – Diagnóstico sistemático da nefropatia diabética;

Circular Normativa n.º 8/DGCG, 24-04-2001 – Pé diabético – Programa de Controlo de Diabetes Mellitus

Circular Normativa n.º 14/DGCG, 12-12-2000 – Educação terapêutica na Diabetes Mellitus

Circular Normativa n.º 1/DGCG, 09-03-1999 – Avaliação da Qualidade da prestação de cuidados de saúde ao Diabético – DiabCare

Circular Normativa n.º 7/DGCG, 04-11-1998 – Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética

Circulares Informativas

Circular Informativa n.º 21/DQS/DGIDI, 11-05-2010 – Adenda à **Circular Normativa Circular Normativa n.º 09/DQS/DGIDI, 27-04-2010** - abertura de candidaturas a centro de tratamento para perfusão subcutânea contínua de insulina 2010

Circular Informativa n.º 8/PNPCD, 15-03-2010 – Guia de Pessoas com Diabetes

Circular Informativa n.º 21/PND, 25-06-09 – Realização do Estudo de Monitorização da Implementação Nacional e Regional do Rastreio Sistemático e Tratamento de Retinopatia e Nefropatia Diabéticas e dos Cuidados ao Pé Diabético

Circular Informativa n.º 09/DQS/DGIDI, 08-04-2009 – Aplicação da Circular Normativa n.º 14/DQS/DGID de 31/07/2008

Circular Informativa n.º 03/PND, 16-02-2009 – Canetas de injeção de insulina e aparelhos de medição de glicemia – Disponibilização

Circular Informativa n.º 31/DSCS/DPCD, 16-10-2008 – Manuais de Boas práticas na vigilância da Diabetes nas ARS de centros de saúde

Circular Informativa n.º 15/DSCS/DSA, 02-04-2008 – Guia de Pessoas com Diabetes

Anexos

Anexo I – Glossário de Acrónimos e Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

IDF – *International Diabetes Federation* (Federação Internacional de Diabetes)

IGAS – Inspecção-Geral das Actividades em Saúde

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia



Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
----------------	-----------------	------------------	------

Assunto: Estudo sobre cuidados de saúde a portadores de Diabetes Mellitus

Ex.^{ma} Senhor(a) Presidente,

No âmbito das suas atribuições, conforme previstas no Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, a Entidade Reguladora da Saúde está a realizar um estudo dedicado aos cuidados de saúde prestados a utentes portadores de Diabetes Mellitus, sob a orientação do Ex.^{ma} Sr. Dr. Rui Cernadas.

Na prossecução deste objectivo, gostaríamos de poder contar com a colaboração da Instituição por V. Ex.^a dirigida nesta fase de diagnóstico e identificação de questões, lacunas e áreas nas quais, em relação à Diabetes, se observem restrições, insuficiências ou limites que cerceiem o direito dos utentes e representem a não observância de regulamentação ou normativos a ela associados, com a consequente quebra de qualidade de serviço, pelo que solicitamos que nos seja facultada informação sobre todas as Orientações Técnicas, Clínicas ou de Procedimentos, na área da Diabetes actualmente vigentes e difundidas a Profissionais de Saúde.

Dada a exiguidade de tempo, temos necessidade de obter as V/ contribuições, sugestões e comentários o mais rapidamente possível. Para tal, disponibilizamos também um contacto electrónico – geral@ers.pt – de forma a celerizar a recolha de toda a informação.

Na expectativa da V/ melhor colaboração, e com os melhores cumprimentos,

O Vogal do Conselho Directivo

Dr. Eurico Castro Alves

Anexo III – Questionário ACES

OFERTA CLÍNICA EM CONTEXTO DE PRÁTICA INTEGRADA

ACES:

Unidade Funcional:

Responsável pelo preenchimento:

Nome:

Telef.:

E-mail:

Oferta de Cuidados

	SIM	NÃO
Fazem atendimento específico para doentes Diabéticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verifica-se a observância de regalias/direitos dos portadores de <i>Diabetes Mellitus (DM)</i> enquanto utentes com patologia crónica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedem à atribuição de “Guia do Diabético”?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verificam o preenchimento do “Guia do Diabético”?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecem meios de auto-controlo glicémico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe um plano de realização de controlo laboratorial sanguíneo anual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Requisitam despiste anual de microalbuminúria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efectuam testes pesquisa de microalbuminúria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamento clínico disponível:		
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Craveiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monofilamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oftalmoscópio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material para cuidados ao pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro(s):

Têm consulta específica de Enfermagem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm consulta específica de Nutrição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm consulta específica de Pé Diabético?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm consulta específica de Podologia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem marcação de consultas de seguimento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em caso afirmativo, a marcação é feita:		
Pelos serviços?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelos doentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem sessões de grupo com Diabéticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecem informação sobre Associações de Doentes Diabéticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizam rastreios de <i>DM</i> à população em geral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilizam material informativo/educacional aos utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedem à distribuição personalizada (a profissionais de saúde) de Orientações Técnicas, Guidelines, ou equivalentes:		
Da DGS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da APMCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De outras Instituições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quais:		

Articulação de Cuidados

	SIM	NÃO
Realizam despiste de Retinopatia Diabética?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem referenciação a Oftalmologia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem enquadramento por consulta de Nutrição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem enquadramento por consulta de Cardiologia (se necessário)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem ligação a consulta de Endocrinologia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem enquadramento por consulta de Nefrologia (se necessário)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem enquadramento por consulta de Podologia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem enquadramento por consulta de Pé Diabético?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo IV – Questionário Hospitais

OFERTA CLÍNICA EM CONTEXTO DE PRÁTICA INTEGRADA

Instituição:

Unidade Funcional/Hospital:

Responsável pelo preenchimento:

Nome:

Telef.:

E-mail:

Oferta de Cuidados

	SIM	NÃO
Fazem atendimento específico para doentes Diabéticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verifica-se a observância de regalias/direitos dos portadores de <i>Diabetes Mellitus (DM)</i> enquanto utentes com patologia crónica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verifica-se o preenchimento do “Guia do Diabético”?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecem meios de auto-controlo glicémico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe um plano de realização de controlo laboratorial sanguíneo anual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizam despiste anual de microalbuminúria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamento clínico disponível:		
Tensiómetro (esfigmomanómetro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Craveiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monofilamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oftalmoscópio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Material para cuidados ao pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro(s):		

Têm consulta específica de Enfermagem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm consulta específica de Nutrição?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm consulta específica de Pé Diabético?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Têm consulta específica de Podologia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizam despiste de Retinopatia Diabética?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem referência a Oftalmologia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem enquadramento por consulta de Cardiologia (se necessário)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem ligação a consulta de Endocrinologia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem enquadramento por consulta de Nefrologia (se necessário)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazem marcação de consultas de seguimento pelos serviços?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem sessões de grupo com Diabéticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilizam material informativo/educacional aos utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedem à distribuição personalizada (a profissionais de saúde) de Orientações Técnicas, Guidelines, ou equivalentes, da DGS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentários e Sugestões

Anexo V – Entidades convidadas a responder ao questionário

Instituições Convidadas a responder ao Questionário
ACES Alentejo Central I
ACES Alentejo Central II
ACES Alentejo Litoral
ACES Algarve I - Central
ACES Algarve II - Barlavento
ACES Algarve III - Sotavento
ACES Alto Trás-os-Montes I - Nordeste
ACES Alto Trás-os-Montes II - Alto Tâmega e Barroso
ACES Ave I - Terras de Basto
ACES Ave II - Guimarães/Vizela
ACES Ave III - Famalicão
ACES Baixo Mondego I
ACES Baixo Mondego II
ACES Baixo Mondego III
ACES Baixo Vouga I
ACES Baixo Vouga II
ACES Baixo Vouga III
ACES Beira Interior Sul - ULS Castelo Branco
ACES Caia - ULS Norte Alentejano
ACES Cávado I - Braga
ACES Cávado II - Gerês/Cabreira
ACES Cávado III - Barcelos/Esposende
ACES Cova da Beira
ACES Dão Lafões I
ACES Dão Lafões II
ACES Dão Lafões III
ACES Douro I - Marão e Douro Norte
ACES Douro II - Douro Sul
ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca
ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
ACES Grande Lisboa I - Lisboa Norte
ACES Grande Lisboa II - Lisboa Oriental
ACES Grande Lisboa III - Lisboa Central
ACES Grande Lisboa IV - Oeiras
ACES Grande Lisboa IX - Algueirão - Rio de Mouro
ACES Grande Lisboa V - Odivelas
ACES Grande Lisboa VI - Loures
ACES Grande Lisboa VII - Amadora
ACES Grande Lisboa VIII - Sintra-Mafra
ACES Grande Lisboa X - Cacém-Queluz
ACES Grande Lisboa XI - Cascais
ACES Grande Lisboa XII - Vila Franca de Xira
ACES Grande Porto I - Santo Tirso/Trofa

ACES Grande Porto II - Gondomar
ACES Grande Porto III - Valongo
ACES Grande Porto IV - Maia
ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia
ACES Grande Porto V - Póvoa do Varzim/Vila do Conde
ACES Grande Porto VI - Porto Ocidental
ACES Grande Porto VII - Porto Oriental
ACES Grande Porto VIII - Gaia
ACES Guarda - ULS Guarda
ACES Lezíria I - Ribatejo
ACES Lezíria II
ACES Matosinhos - ULS Matosinhos
ACES Médio Tejo I - Serra d'Aire
ACES Médio Tejo II - Zêzere
ACES Oeste I - Oeste Norte
ACES Oeste II - Oeste Sul
ACES Península de Setúbal I - Almada
ACES Península de Setúbal II - Seixal - Sesimbra
ACES Península de Setúbal III - Arco Ribeirinho
ACES Península de Setúbal IV - Setúbal- Palmela
ACES Pinhal Interior Norte I
ACES Pinhal Interior Norte II
ACES Pinhal Interior Sul - ULS Castelo Branco
ACES Pinhal Litoral I
ACES Pinhal Litoral II
ACES S. Mamede - ULS Norte Alentejano
ACES Tâmega I - Baixo Tâmega
ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul
ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte
Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Centro Hospitalar de Cascais
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Centro Hospitalar de Torres Vedras
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.
Centro Hospitalar do Oeste Norte
Centro Hospitalar do Porto , E.P.E.

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
Hospital Arcebispo João Crisóstomo
Hospital Cândido de Figueiredo
Hospital de Curry Cabral
Hospital de Faro, E.P.E.
Hospital de Joaquim Urbano
Hospital de José Luciano de Castro
Hospital de Reynaldo dos Santos
Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E.
Hospital de Santo André, E.P.E.
Hospital de São João, E.P.E.
Hospital de São Marcos
Hospital de São Teotónio, E.P.E.
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Hospital Distrital de Águeda
Hospital Distrital de Pombal
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
Hospital do Espírito Santo, E.P.E.
Hospital do Litoral Alentejano, E.P.E.
Hospital Dr. Francisco Zagalo
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
Hospital Visconde Salreu
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.
Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

R. S. João de Brito, 621 - L 32 • 4100-455 PORTO

TEL.:222 092 350 • FAX: 222 092 351

www.ers.pt • geral@ers.pt