



CONTRIBUTO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NO DIABÉTICO

Proponente: Maria Assunção Santos Dias

Mestrada nº: 25090045

Dissertação apresentada ao Instituto superior de Tecnologias de Saúde do Porto
para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de
Gestão de Unidades de Saúde

Orientado por: Professor Doutor Gabriel David

Professor Paulo Veloso Gomes

Vila Nova de Gaia, novembro de 2013



CONTRIBUTO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMÇÃO NA GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NO DIABÉTICO

Proponente: Maria Assunção Santos Dias

Mestranda nº: 25090045

Orientado por: Professor Doutor Gabriel David

Professor Paulo Veloso Gomes

Vila Nova de Gaia, novembro de 2013

Resumo

A diabetes é a doença do século XXI, atinge mais de um milhão de portugueses cada vez mais jovens em idades trabalhadoras, e já custa mais de 1% do PIB, além dos enormes danos que pode causar às pessoas e à sociedade.

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, em 2011, cerca de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60 aos 79 tem Diabetes.

Um estudo realizado pelo Lisbon Internet and Networks Institute (LINI), em 2010, diz-nos que “a internet é um recurso para a informação e educação para a saúde”. Em 2010 49% dos lares portugueses possuem acesso à internet e 44% da população é utilizadora (acréscimo significativo relativamente aos 29% em 2003). Destes, dois terços têm entre os 15 e os 24 anos. Os idosos representam 1,6%, dos quais os reformados e pensionistas representam 5%, as domésticas representam 11% e os trabalhadores manuais 22%, sendo estes os menos utilizadores. Um terço da restante população procura informação sobre saúde semanalmente, cerca de 16%.

Face à atual conjuntura económica, com restrições orçamentais, nomeadamente na área da saúde, devem-se encontrar meios para prevenir e lidar com a Diabetes numa perspetiva de custo-benefício, isto porque a Diabetes pode reduzir as oportunidades de emprego e de aprendizagem.

O atual diretor da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) Yves Leterme diz que “*Prevenir e tratar a Diabetes e as suas complicações custa cerca de 90 mil milhões de euros anualmente na Europa*”.

Atualmente, não é muito utilizado nem explorado o potencial das tecnologias de informação e as ferramentas web ao serviço da saúde, quer por profissionais de saúde, quer por utentes na gestão ao regime terapêutico na doença crónica, mais precisamente na gestão adequada da Diabetes.

Potenciar uma visão integrada dos diferentes recursos de comunicação e a sua utilização conjugada com a promoção da saúde e prevenção da doença poderá enfatizar em termos de eficácia e eficiência a minimização de recursos das organizações de saúde e promover a gestão adequada da Diabetes.

Tendo por base esta problemática, este estudo pretende abordar e refletir o possível contributo das tecnologias de informação e das ferramentas web na gestão adequada ao regime terapêutico da Diabetes.

Palavras-chave:

Gestão do regime terapêutico adequado na Diabetes; Comunicação em saúde; Tecnologias informáticas; Ferramentas Web aplicadas à saúde;

Resumen

Diabetes es la enfermedad del siglo XXI, alcanza más de 1 millón de portugueses cada vez más jóvenes en la edad de trabajar y ya cuesta más de 1% del PIB, además del enorme daño que pueden causar a personas y la sociedad.

Según el informe anual del Observatorio Nacional de la Diabetes, en 2011, alrededor de un cuarto de la población portuguesa en el grupo de edad de 60 a 79 tiene Diabetes.

Un estudio realizado por Lisboa y redes Internet Instituto (LINI), en 2010, nos dice que "internet es un recurso para obtener información y educación para la salud". En el 49% del 2010 los hogares portugueses tienen acceso a internet y el 44% de la población es usuario (aumento significativo en comparación con 29% en 2003). De estos, dos tercios tienen entre 15 y 24 años. Los ancianos representan el 1,6%, de los cuales los jubilados representan 5%, las domésticas representan el 11% y los trabajadores manuales 22%, siendo los menos usuarios. Un tercio de la población busca información sobre la salud, de los cuales 16% semanalmente.

Dado el actual clima económico, con las restricciones presupuestarias, en particular en el área de salud, debe encontrar maneras de prevenir y tratar la Diabetes en una perspectiva de costo-beneficio, esto es porque la Diabetes puede reducir las oportunidades de empleo y aprendizaje.

El actual Director de la organización para la cooperación y desarrollo económico (OCDE) Yves Leterme dice que *"prevenir y tratar la Diabetes y sus complicaciones cuesta cerca de 90 mil millones de euros anualmente en Europa"*.

Actualmente, no es ampliamente utilizado ni explorado el potencial de herramientas web y tecnología de la información al servicio de la salud, por profesionales de la salud, o por los usuarios en el gestiónale régimen terapéutico en enfermedades crónicas, más precisamente en gestión adecuada de la Diabetes.

Promover una visión integrada de los diversos recursos de comunicación y su uso combinado con la promoción de la salud y prevención de enfermedades puede enfatizar en términos de eficacia y eficiencia para reducir al mínimo los recursos de las organizaciones de salud y promover la adecuada gestión de la Diabetes.

Basado en esta problemática, este estudio pretende abordar y reflexionar la posible contribución de herramientas web y tecnología de la información en la gestión adecuada del régimen terapéutico de la Diabetes.

Palabras claves:

Gestión del régimen terapéutico apropiado en la Diabetes; Comunicación en salud; Tecnología informática; Herramientas web aplicadas a la salud.

Abstract

Diabetes is the disease of the 21ST century, reaches more than one million Portuguese more and more young people in the working ages, and already costs more than 1% of GDP, in addition to the enormous damage they can cause to people and society.

According to the annual report of the National Observatory of Diabetes, in 2011, about a quarter of the Portuguese population in the age group of 60 to 79 have Diabetes.

A study conducted by Lisbon and Networks Internet Institute (LINI), in 2010, tells us that "the internet is a resource for information and education for health". In 49% of the 2010 Portuguese households have internet access and 44% of the population is user (significant increase compared to 29% in 2003). Of these, two-thirds have between 15 and 24 years. The elderly represent 1.6%, of which the Pensioners represent 5%, 11% and represent domestic handymen 22%, being the less users. A third seeks info on health, 16% of the medium weekly.

Given the current economic climate, with budgetary restrictions, in particular in the area of health, it must find ways to prevent and deal with Diabetes in a cost-benefit perspective, this is because Diabetes can reduce employment opportunities and learning.

The current Director of the Organization for economic cooperation and development (OECD) Yves Leterme says that "*prevent and treat Diabetes and its complications costs about 90 billion euros annually in Europe*".

Currently, it is not widely used or explored the potential of information technology and web tools to health service, either by health professionals, or by users in the therapeutic regimen management in chronic disease, more precisely in the proper management of Diabetes.

Promote an integrated vision of the various communication resources and its use combined with health promotion and disease prevention can emphasize in terms of effectiveness and efficiency to minimize health organizations resources and promote the proper management of Diabetes.

Based on this issue, this study intends to address and reflect the possible contribution of information technology and web tools to manage the Diabetes treatment regimen.

Keywords:

Management of the adjusted therapeutically regimen in the Diabetes; Communication in health; Computer technology; Applied Web tools to the health;

DEDICATÓRIA

À minha família pelas minhas ausências...

AGRADECIMENTOS

O meu reconhecimento a todos aqueles que se disponibilizaram e incentivaram ao longo de todo este trabalho com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e também amizade. A todos devo portanto muito do que aqui tenho e para eles o meu Bem Haja.

Siglas

ACES - G/E	Agrupamento de Centros de Saúde - Gaia/Espinho
APDP	Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNI – SESI	Confederação Nacional da Industria – Serviço Social da Industria
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção Geral de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EU	União Europeia
EUA	Estado Unido da América
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HDL	High Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Alta Densidade)
DF	Internacional Diabetes Federation (Federação Internacional da Diabetes)
IFTF	Institute for the Future
IMC	Índice de Massa Corporal
LDL	Low Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Baixa Densidade)
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RNU	Registo Nacional de Utentes
SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
TIC	TIC – Tecnologia Informação e Comunicação
UCFD	Unidade Coordenadora Funcional para a Diabetes
USF	Unidade de Saúde Familiar
UTI	União Internacional de telecomunicações

Índice

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO, PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	1
1.1. INTRODUÇÃO	3
1.2. SIGNIFICADO DO ESTUDO	6
1.3. METODOLOGIA UTILIZADA	9
CAPÍTULO II A DIABETES E INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR	11
2.1. DIABETES.....	13
2.1.1. EPIDEMIOLOGIA.....	14
2.1.2. FISIOPATOLOGIA	15
2.1.3. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO.....	17
2.1.4. SINTOMATOLOGIA E COMPLICAÇÕES.....	20
2.1.5. PREVENÇÃO	21
2.1.6. TRATAMENTO	22
2.2. INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA GESTÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA DIABETES	23
2.2.1. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA NO DIABÉTICO.....	31
2.2.2. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA DA EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE	33
2.2.3. INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DOS ORGÃOS GOVERNAMENTAIS	35
CAPÍTULO III. ANÁLISE E REFLEXÃO DA PROBLEMÁTICA A “GESTÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”	37
3.1. ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL .	39
3.2. LEVANTAMENTO DE SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	48
CAPÍTULO IV. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO ADEQUADA DA DIABETES	51
4.1. PARADIGMA DA COMUNICAÇÃO	53
4.2. PARADIGMA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	57
4.3. A INTERNET AO SERVIÇO DA EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	59
4.4. UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS INFORMÁTICAS NO DOMÍNIO DA SAÚDE ON-LINE	65
CAPÍTULO V. MODELO CONCRETUAL DE GESTÃO DA COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO ADEQUADA DA DIABETES ATRAVÉS DA WEB2.0	69
5.1. MODELO CONCRETUAL – GESTÃO DA COMUNICAÇÃO / GESTÃO ADEQUADA DA DIABETES	71
5.2. FERRAMENTAS WEB QUE PODEM CONTRIBUIR PARA A GESTÃO ADEQUADA DA DIABETES.....	73
CAPÍTULO VI. CONCLUSÃO E REFLEXÃO	83
6.1. CONCLUSÃO E REFLEXÃO	85
BIBLIOGRAFIA.....	87

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Valores de Referência de Glicemia Capilar	16
Tabela 2 - Comparação do Valor da Glicemia Capilar com a HbA1c.....	16
Tabela 3 - Análise da Prevalência da Diabetes em Portugal, na Europa e no Mundo em 2011 e a Previsão para 2030	41
Tabela 4 - Prevalência da Diabetes por Grupo Etário em Portugal entre 2008 e 2011	43
Tabela 5 - Incidência da Diabetes em Portugal nos Últimos Anos	44
Tabela 6 - Indicadores da Diabetes Monitorizados nos Cuidados de Saúde Primários	44
Tabela 7 - Futuros Indicadores a Contratualizar em 2013 nos Cuidados de Saúde Primários.....	45
Tabela 8 - Custos Diretos com a Diabetes nos Últimos anos em Portugal	47
Tabela 9 - Custo Médio por Doente Diabético nos Últimos anos em Portugal.....	47
Tabela 10 - Resumo dos Intervenientes no Ciclo Comunicacional em Saúde na Web 2.0	73
Tabela 11 - Utilização da Web a partir do Portal da Diabetes	74
Tabela 12 - Utilização Web para Monitorização e Vigilância da Diabetes	76
Tabela 13 - Utilização Web do Fórum da Diabetes	77
Tabela 14 - Utilização Web de Perguntas mais Frequentes na Diabetes (FAQ)	78
Tabela 15 - Utilização Web da Newsletter na Diabetes.....	79
Tabela 16 - Utilização Web de Correio Eletrónico (email) no Âmbito da Diabetes	80
Tabela 17 - Utilização Web de Lista de Correio Eletrónico no Âmbito da Diabetes.....	81

Índice de Figuras

Figura 1. Gráfico da Estimativa da Prevalência da Diabetes até 2030	14
Figura 2. Prevalência da Diabetes em Portugal por Nível Educacional em 2010	42
Figura 3. Prevalência da Diabetes em Portugal por Escalão de IMC em 2011	43
Figura 4. Tríade da Gestão ao Regime Terapêutico	48
Figura 5. Modelo Comunicacional Lasswell ou Modelo Comunicacional Unilateral	54
Figura 6. Modelo Comunicacional Bilateral.....	55
Figura 7. Modelo Comunicacional Bilateral na Consulta da Diabetes.....	59
Figura 9. Novo Paradigma de Comunicação em Saúde.....	72

CAPÍTULO I.

ENQUADRAMENTO, PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

1.1. INTRODUÇÃO

Por todo mundo os países são afetados pelo aumento massivo dos níveis de morte e de incapacidade resultantes da doença crónica, resultando num aumento de necessidades de acesso a cuidados de saúde apropriados e economicamente acessíveis (Diabetes: Factos e Números 2010). Com o aumento do número de pessoas afetadas pelas doenças crónicas torna-se fundamental que os serviços de saúde e ao mesmo tempo o cidadão comum sejam parceiros na prestação de cuidados de saúde (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve doenças crónicas como sendo “doenças de duração prolongada e progressão lenta” e descreve os quadros crónicos com sendo “problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas” (WHO2002) (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Neste contexto, um grande número de doentes crónicos ainda não recebem cuidados de saúde adequados à sua situação, sendo necessário otimizar o apoio a prestar a estes doentes e introduzir modificações nos sistemas de saúde de forma a obter uma melhor prevenção e assistência (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 60% das mortes a nível global devem-se à doença crónica e 80% destas ocorrem em países de rendimentos baixos a intermédios, nos quais cada vez mais são afetadas as pessoas em idade laboral (WHO2008) (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 180 milhões de pessoas em todo o mundo tenham Diabetes e que este valor venha a duplicar em 2030 (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Segundo a OMS cerca de 80% das mortes causadas por Diabetes ocorrem em países de rendimentos baixos a intermédios, em pessoas com idade inferior a 70 anos, e cerca de 50% são do sexo feminino. Esta organização também prevê que as mortes causadas por Diabetes aumentem em mais de 50% nos próximos 10 anos, principalmente nos países de rendimentos elevados a intermédios. Face a esta problemática a OMS estima que se não forem tomadas ações urgentes, estas podem ultrapassar rapidamente os 80% (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A Diabetes é uma doença crónica que pode ser prevenida se os cuidados de saúde e a gestão efetiva forem aplicados logo nas primeiras fases. Uma Diabetes controlada irá permitir uma vida realizada e produtiva.

Atualmente os avanços tecnológicos permitem que não hajam fronteiras do conhecimento nas organizações não deixam ninguém indiferente à inovação e à mudança da realidade que o mundo das tecnologias oferece a cada minuto que passa.

Apostar nas novas tecnologias e nas vantagens oferecidas pelos suportes informáticos ao serviço da gestão em saúde deverá fazer parte das ferramentas de trabalho dos profissionais de saúde, mas também do conhecimento e da formação dos utentes. Sabendo que nem sempre é fácil levar a cabo novas práticas em saúde e romper com resistências à mudança, no entanto é necessário fazer avanços neste sector (Brás-Gomes & Patrício, 2008).

Para se obter uma maior eficácia dos cuidados de saúde é necessário que doentes, cuidadores e profissionais de saúde deixem de ser objetos silenciosos da ação da medicina e passem a agentes ativos da gestão dos problemas de saúde.

O futuro de uma gestão adequada da Diabetes poderá passar por permitir o acesso a conteúdos de formação, à utilização de materiais de apoio à gestão ao regime terapêutico, de melhorar e diversificar os meios e os métodos associados aos processos de educação da Diabetes, por partilhar o saber eficiente e de facilitar o acesso à informação potenciado pelas tecnologias de informação e pela internet.

Só com um papel ativo do cidadão, dos profissionais de saúde, com alterações nas organizações de saúde e nas políticas de saúde será possível prestar cuidados de saúde com qualidade (Assal & al, 2010).

A orientação política, económica e médica existente para as várias doenças crónicas, nomeadamente a diabetes, não tem tido força suficiente para obter a mudança necessária.

As mudanças necessárias terão que ser implementadas num enquadramento em que a visão tradicional dos cuidados de saúde centrada no modelo biomédico e na relação ancestral médico-doente, seja complementada por novas abordagens que estimulem a criatividade do doente e o envolvimento da sua família e da comunidade (Assal & al, 2010).

Face à problemática o principal objetivo deste trabalho é analisar e refletir sobre o contributo da utilização das tecnologias de informação na gestão adequada ao regime terapêutico da Diabetes.

Neste estudo será efetuado uma abordagem à doença Diabetes enquanto problema real, atual e concreto que atinge níveis pandémicos e, como tal preocupa qualquer cidadão. No segundo capítulo será efetuada uma abordagem à epidemiologia da doença, seguida da classificação, diagnóstico, prevenção e tratamento. Sendo a Diabetes uma doença crónica serão abordadas estratégias de controlo e monitorização assim como a adesão ao regime terapêutico, gestão do regime terapêutico e a importância do doente, do profissional de saúde e dos órgãos de gestão governamentais na gestão do regime terapêutico. No terceiro capítulo será feita uma análise e levantamento da situação problemática nos Cuidados de Saúde Primários. No quarto capítulo será abordado o paradigma da comunicação aplicado ao processo comunicacional em saúde e efetuado um paralelismo com o processo comunicacional que utiliza como suporte as novas tecnologias de informação em prol da educação e promoção da saúde dos diabéticos. No quinto capítulo será apresentado um modelo conceptual para uma estratégia de gestão adequada de controlo e monitorização da Diabetes.

No final termina-se com uma visão muito próspera sobre a utilização das tecnologias de informação ao serviço da educação e promoção da saúde dos diabéticos.

Num futuro próximo prevê-se a utilização das ferramentas web 2.0 como parte integrante do processo comunicacional e como estratégia adequada de gestão ao regime terapêutico na Diabetes.

1.2. SIGNIFICADO DO ESTUDO

A Diabetes é uma doença que resulta de uma deficiente capacidade de utilização pelo organismo da nossa principal fonte de energia, a glucose. Existem vários tipos de Diabetes, mas a mais frequente, cerca de 90% dos casos é a chamada Diabetes tipo 2. A Diabetes tipo 2 está a aparecer nos últimos anos em idades cada vez mais jovens como resultado de excessos alimentares, sedentarismo e obesidade, principalmente nos países mais desenvolvidos. Este tipo de Diabetes aparece em geral de uma forma muito silenciosa e quando é diagnosticada já a pessoa tem a doença há cerca de seis anos (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009).

A Federação Internacional da Diabetes (Internacional Diabetes Federation, IDF) em 1985 estimava a existência de 30 milhões de pessoas diabéticas em todo o mundo. Atualmente existem mais de 245 milhões de pessoas com Diabetes e, se nada for feito para abrandar a epidemia, dentro de 20 anos o número de pessoas com Diabetes atingirá os 380 milhões (IDFa) (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A Diabetes é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e responsável por uma elevada frequência de consultas e internamentos hospitalares prolongados. Perante estes fatos a Diabetes constitui um problema de Saúde Pública de grande magnitude, sendo previsível constituir uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total ou parcial durante o século XXI (Ministério da Saúde, Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes - Circular Normativa N°23/DSCS/DPCD, 2007).

Em termos de morbilidades a Diabetes é a principal causa de perda parcial da visão, de cegueira e pela maioria das amputações de membros em adultos que não são resultado de acidente. Os diabéticos têm maior probabilidade de ter um ataque cardíaco ou um acidente vascular cerebral (AVC), e maior risco de desenvolver doença renal (IDFa) (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Na Austrália, o Centro Nacional para a Modelação Social e Económica (National Centre for Social and Economic Modelling) prevê que a prevalência da Diabetes tipo 2 irá quase duplicar nos próximos 40 anos. As previsões de complicações resultantes da doença incluem: 270 mil operações de bypass coronário, mais de 250 mil AVC e mais de 750 mil queixas renais (C3 Collaborating for Health 2009) o que poderá corresponder a um gasto de cerca de 1,6 milhões de dólares australianos por ano (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Como se pode constatar as doenças crónicas impõem custos elevados em termos humanos, sociais e económicos, roubando potencial às pessoas e futuro, Impedindo assim que os indivíduos e as comunidades atinjam o seu potencial (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A Federação Internacional da Diabetes (IDF) estima que se possam perder o equivalente a 23 milhões de anos de vida adicionais de incapacidade e de qualidade de vida reduzida, causada pelas complicações que se podem prevenir da Diabetes. Os diabéticos enfrentam um elevado risco de morte prematura, sobretudo nos países onde os custos do seu cuidado e tratamento ficam a cargo do próprio indivíduo e das famílias. O custo de tratar um diabético com doença renal terminal é 3 a 4 vezes superior aos custos para tratar um diabético sem complicações (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Em 2007 estimava-se que o mundo gastava pelo menos 232 mil milhões de dólares para tratar e prevenir a Diabetes e as suas complicações. Até 2025, é provável que este valor ultrapasse os 302,5 mil milhões de dólares (IDFb), (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Assim sendo, se os diabéticos forem melhor controlados, pode-se prevenir lesões irreversíveis e com isso poupar milhões de euros na sua saúde. Para uma Diabetes controlada é necessário capacitar o diabético de medidas de autocontrolo e autovigilância. Para tal, é necessário, primeiro que tudo, que o diabético esteja motivado para aderir ao regime terapêutico e assim efetuar uma gestão adequada e eficaz do seu regime terapêutico.

A utilização das tecnologias informáticas está cada vez mais presente no nosso dia-a-dia, e os portugueses não são exceção. Em 2010 cerca de 59% dos agregados domésticos portugueses utilizaram o computador com ligação à internet em casa e com ligação à internet através de banda larga. Em Espanha, em 2010, esta utilização rondava os 69%, na França cerca de 76% e na União Europeia andava à volta de 74%. Em 2012 houve um aumento, sendo mais significativo em Portugal, comparativamente com a média dos países da Europa. Em Portugal aumentou para 66% enquanto em Espanha foi para os 74% e em França os 81%, fixando-se a Europa nos 78%. Associado à utilização de computador e de internet está o grau de escolaridade, ou seja, quanto maior é o grau académico superior maior é o número de utilizadores. (PORDATA, 2010 - 2012).

A utilização da Web ao serviço da saúde constitui ainda uma novidade em Portugal, no entanto, em Coimbra foi criada a primeira Plataforma Interativa na Internet entre doente e médico com a "Interface direto paciente/clínico", no âmbito das Comemorações do Dia Mundial da Diabetes, na Unidade de Diabetologia do Centro Hospitalar de Coimbra a 14 de novembro de 2010.

Face a esta realidade, tal facto não deverá interessar só a diabéticos e a profissionais de saúde, mas também a gestores, economistas e a decisores políticos.

Diabéticos bem controlados necessitam de menos cuidados hospitalares e quanto mais se disponibilizar no ambulatório, menos se gastará em internamentos. Perante esta premissa é essencial que cidadãos, instituições de saúde e governos compreendam este desafio, pois todos são participantes com diferentes responsabilidades.

Os sistemas de saúde ainda não se adaptaram para responder a este desafio, ou seja, as metodologias e os meios tecnológicos utilizados ainda estão muito orientados e centrados nas situações de doença aguda e não na promoção e prevenção da doença crónica.

O objetivo crucial deste estudo é que os diabéticos informados e envolvidos colaborem ativamente na gestão do seu regime terapêutico obtendo assim melhor performance de saúde, mais qualidade de vida e contribuam para a redução de custos com a saúde.

Conhecer melhor os diabéticos através da utilização de tecnologias informáticas, proporcionar um controlo mais adequado e atempado, permitir um maior envolvimento do diabético, dos familiares e dos cuidadores. Assim, diabéticos, profissionais de saúde e cuidadores podem intervir com correções mais atempadas para se obter uma gestão adequada da Diabetes.

A utilização de estratégias corretas permite obter um bom controlo da Diabetes, no entanto, verifica-se que a tecnologia e os meios humanos existem mas a sua utilização ao nível da prestação de cuidados de saúde ainda não é atingida de forma sistemática, mesmo em países com acesso universal à saúde.

1.3. METODOLOGIA UTILIZADA

A metodologia utilizada neste trabalho foi baseada na pesquisa bibliográfica e principalmente na experiência profissional.

CAPÍTULO II

A DIABETES E INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR

2.1. DIABETES

A Diabetes Mellitus, mais vulgarmente designada só por Diabetes é uma doença crónica, cada vez mais frequente na nossa sociedade. A sua prevalência aumenta muito com a idade e atinge ambos os sexos. A Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu que a Diabetes é uma doença crónica, debilitante e dispendiosa, associada a complicações graves, o que representa grandes riscos para as famílias, para os Estados Membros e para o Mundo Inteiro (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009).

Assim, por Resolução de 14 de dezembro de 2006, foram encorajados os Estados Membros a desenvolver políticas nacionais para a prevenção, tratamento e controlo da Diabete, em consonância com o desenvolvimento sustentável dos respetivos sistemas de saúde, tendo em conta os objetivos de desenvolvimento, internacionalmente definidos (Candeias, Boavida, Correia, Pereira, Almeida, & Duarte, 2008).

Atendendo à necessidade de inverter a tendência de crescimento da Diabetes, das suas complicações e à necessidade de gerir recursos de saúde, é constantemente revisto pela Direção Geral da Saúde (DGS), com a colaboração científica da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) e das Associações de Diabéticos, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, que faz parte do Programa Nacional de Saúde (Candeias, Boavida, Correia, Pereira, Almeida, & Duarte, 2008).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes tem como principais objetivos:

1. Gerir de forma integrada a Diabetes;
2. Reduzir a prevalência da Diabetes;
3. Atrasar o início das complicações *major* da Diabetes e reduzir a sua incidência;
4. Reduzir a morbilidade e mortalidade por Diabetes.

2.1.1. EPIDEMIOLOGIA

Mundialmente em 1995 existiam cerca de 118 milhões de diabéticos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Diabéticos estima-se que, em 2025 a 2030 venham a existir mais de 380 milhões de diabéticos. Esta expansão está ligada sobretudo ao aumento da incidência e da prevalência da Diabetes tipo 2 (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009). Na Figura 1 pode-se observar através do gráfico que a estimativa da prevalência da Diabetes para 2030 quase triplica desde 1995 até 2030.

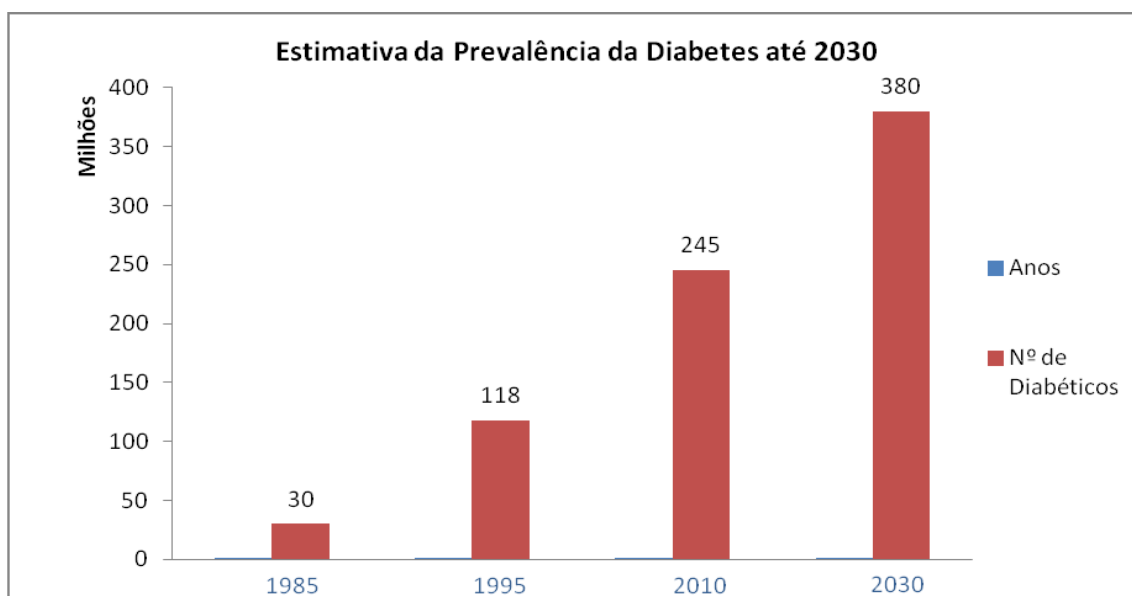


Figura 1. Gráfico da Estimativa da Prevalência da Diabetes até 2030

Fonte: Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009.

As estimativas da Federação Internacional de Diabetes previam há poucos anos que em 2025 em Portugal viriam a existir 700 mil diabéticos, o que representaria um aumento de 31%. Estes números já foram atingidos e, em muito ultrapassados. Atualmente existem em Portugal cerca de 103 mil diabéticos, segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes em 2011 (Observatório Nacional da Diabetes, 02/2013).

Atendendo à necessidade de inverter a tendência de crescimento da diabetes, das suas complicações e à necessidade de aumentar ganhos em saúde entretanto obtidos, são constantemente revistas pela Direção Geral da Saúde (DGS), com a colaboração científica da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) e das Associações de Diabéticos, estratégias e intervenções, dando origem a alterações revistas através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, fazendo parte do Programa Nacional de Saúde.

2.1.2. FISIOPATOLOGIA

A Diabetes é uma doença metabólica que resulta de uma deficiente capacidade de utilização pelo organismo da sua principal fonte de energia - a glicose. Os alimentos são ingeridos e transformados ao longo do aparelho digestivo passando de açúcares e de amido para glucose. Normalmente, a glicose absorvida pelas células do nosso organismo é utilizada como fonte de energia. Para que a glicose possa ser utilizada como fonte de energia é necessária uma hormona produzida no pâncreas, a Insulina.

A insulina é produzida nas células β dos ilhéus da Langerhans do pâncreas. Este órgão localiza-se junto ao estômago e fabrica muitas substâncias, entre elas a insulina, fundamental para fazer o transporte da glicose até às células. A sua falta ou a insuficiência da sua ação leva a alterações muito importantes no aproveitamento dos açúcares, das gorduras e das proteínas que são a base de todo o organismo (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009).

Segundo a Circular Normativa da Direção Geral de Saúde Número 002/2011 de 14 de janeiro, o diagnóstico da Diabetes é feito através de sintomas e confirmado com análises ao sangue venoso:

- * Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl; ou
- * Sintomas clássicos mais glicemia/capilar ocasional ≥ 200 mg/dl; ou
- * Glicemia ≥ 200 mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral; ou
- * Hemoglobina Glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$

É aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico da Diabetes. No entanto, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de Hemoglobina Glicada (HbA1c), se ambas forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa Nº 002/2011, 2011).

A glicemia capilar consiste em determinar os níveis de glicose através de testes simples de picada no dedo para controlo metabólico. A Tabela 1 elucida a média de glicemias capilares pretendidas ao longo do dia para um excelente controlo metabólico.

Tabela 1 - Valores de Referência de Glicemia Capilar

		Ótimo	Bom	Deficiente
Glicemia capilar (mg/dl)	Jejum	80-110	111-140	>140
	2 Horas após as refeições	100-140	141-180	>180

Fonte: IDF-C. St. Vincent-OM. Publicado em Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) 2009.

A Hemoglobina Glicada (HbA1c) é uma análise ao sangue que mede a percentagem de açúcar ligado à hemoglobina. Normalmente os globos vermelhos vivem 60 a 90 dias. A hemoglobina está presente nos globos vermelhos e tende a ligar-se ao açúcar que entra na corrente sanguínea. O teste de HbA1c indica qual foi em média o nível de glicemia e avalia em que medida a sua diabetes esteve controlada durante um determinado período de tempo. O teste HbA1c e o perfil glicémico permitem fazer alterações em conjunto (utente / equipa de saúde) necessárias ao plano terapêutico, para uma melhor adequação do regime terapêutico.

A Direção Geral de Saúde e a Federação Internacional da Diabetes (IDF) recomendam que se mantenham os valores de HbA1c <6,5% a 7%.

De acordo com os valores de glicemias praticados ao longo de 3 meses também são esperados valores equivalentes de HbA1c. Na Tabela 2 pode-se verificar a correspondência entre e a média dos valores de glicemia capilar obtidos nos últimos 3 meses e o valor de HbA1c esperado.

Tabela 2 - Comparação do Valor da Glicemia Capilar com a HbA1c

Nível médio de Glicemia Capilar mg/dl	HbA1c %
65	4%
100	5%
135	6%
170	7%
205	8%
240	9%
275	10%
310	11%
345	12%

Fonte: Adaptado de "Standards of medical care in diabetes" Diabetes Care 2008, vol 31 (supl.1):512:554. Publicado em Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009.

2.1.3. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Atualmente a Diabetes está classificada em quatro tipos clínicos:

- * Diabetes tipo 1;
- * Diabetes tipo 2;
- * Diabetes gestacional;
- * Outros tipos específicos de Diabetes (devido a outras causas, como por exemplo, defeitos genéticos no funcionamento das células beta pancreáticas, doenças do pâncreas exócrino, entre outras (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa Nº 002/2011, 2011)).

Diabetes tipo 1

A Diabetes tipo 1 resulta da destruição das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulino-terapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células dá-se por um mecanismo autoimune, pelo que se denomina Diabetes tipo 1 autoimune. Nalguns casos não se consegue documentar a existência do processo imunológico, passando nestes casos a ser denominada por Diabetes tipo 1 idiopática (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa Nº 002/2011, 2011).

A Diabetes tipo 1 surge frequentemente em crianças e jovens e corresponde entre 5 a 10% de todos os casos e é, em regra, mais comum na infância e adolescência. Regra geral, não há nada que a pessoa possa fazer para evitar o aparecimento de Diabetes tipo 1.

O aparecimento da Diabetes tipo 1 é súbito e repentino, verificando-se a manifestação de um conjunto de sintomas:

- * Urinar muito;
- * Muita sede;
- * Muita fome;
- * Emagrecimento rápido;
- * Sensação de fadiga, dores musculares;
- * Dores de cabeça, náuseas e vômitos.

Diabetes tipo 2

A Diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de Diabetes, surge habitualmente em idades mais avançadas, resultando da existência de insulinoopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de Diabetes e, muitas vezes está associada à obesidade, principalmente abdominal, à hipertensão arterial e à dislipidémia (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa N° 002/2011, 2011)

Caracteriza-se pela associação da falta parcial da produção de insulina com um aproveitamento inadequado da mesma (resistência à ação da insulina). Uma alimentação cuidada e a prática regular de exercício físico são a base do tratamento. O excesso de peso e a obesidade estão intimamente relacionados com a diabetes. A redução de peso contribui significativamente para o controlo da glicemia.

O excesso de gordura, sobretudo abdominal, contribui para a insulinoresistência e, conseqüentemente para a elevação da glicemia.

Ultimamente a Diabetes tipo 2 surge em idades mais jovens como resultado de excessos alimentares, sedentarismo, obesidade e em particular nos países mais desenvolvidos.

A Diabetes tipo 2 geralmente caracteriza-se por apresentar sintomas menos evidentes que a Diabetes tipo 1 e pode passar despercebida durante muito tempo.

Na Diabetes tipo 2 os sintomas mais frequentes são:

- * Urinar em grande quantidade e mais vezes do que o normal;
- * Sede constante e intensa;
- * Fome constante e difícil de saciar;
- * Sensação de boca seca;
- * Fadiga;
- * Comichão no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais);
- * Visão turva;
- * Por vezes a perda de peso pode estar presente.

O diagnóstico é feito através dos sintomas que a pessoa manifesta e é confirmado com análises ao sangue. No entanto, podem não existir sintomas e, neste caso, o diagnóstico pode ser feito através de exames pedidos para outro fim. Para o diagnóstico da Diabetes tipo 2 é geralmente suficiente a realização de uma análise à glucose no sangue, feita em jejum, e num laboratório. A

Diabetes confirma-se quando o valor de glicose em jejum no sangue é superior ou igual a 126 mg/dl, ou o valor da HbA1c é igual ou superior a 6,5%, ou a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose é superior ou igual a 200mg/dl (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa Nº 002/2011, 2011).

Qualquer pessoa pode desenvolver Diabetes tipo 2, no entanto, existem fatores de maior risco:

- * Pessoas com excesso de peso;
- * Mulheres que tiveram uma Diabetes na gravidez;
- * Mulheres que tiveram filhos grandes (com mais de 4Kg);
- * História familiar de Diabetes tipo 2, hereditariedade;
- * Pessoas com síndrome metabólica (um conjunto de problemas que incluem colesterol e triglicéridos elevados, HDL baixo; LDL alto e hipertensão);
- * Pessoas mais idosas são mais suscetíveis de desenvolver a doença;
- * A toma de alguns medicamentos (por exemplo os corticosteroides).

Diabetes Gestacional

A Diabetes Gestacional ocorre durante a gravidez, surge em grávidas que não eram diabéticas antes de engravidar e, habitualmente desaparece quando esta termina. Contudo, mais de metade destas grávidas, poderão vir a ser Diabéticas tipo 2 se não forem tomadas medidas de prevenção.

A Diabetes gestacional ocorre em média cerca de uma em cada vinte grávidas e, se não for detetada, a hiperglicemia persiste durante a gravidez e pode trazer complicações para mãe e para a criança. A hiperglicemia pode ser corrigida com dieta e, por vezes, com insulina. Neste caso é vulgar nascerem bebés com mais de 4kg, recorrer-se ao parto por cesariana e frequentemente o aborto espontâneo (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009).

Outros tipos específicos de Diabetes

Correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado como:

- * Defeito genético da célula;
- * Defeito genético da ação da insulina;
- * Doença do pâncreas exócrino;
- * Endocrinopatias diversas;
- * Diabetes induzida por fármacos ou químicos (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa Nº 002/2011, 2011).

2.1.4. SINTOMATOLOGIA E COMPLICAÇÕES

Na Diabetes os sintomas mais frequente caracterizam-se por :

- * Suores;
- * Palpitações;
- * Nervosismo;
- * Sensação de fome;
- * Debilidade;
- * Modificações de comportamento.

No âmbito da Diabetes é fundamental que o diabético reconheça os sintomas mais frequentes referentes ao desequilíbrio glicémico.

A Diabetes não controlada acarreta complicações que se vão agravando ao longo dos anos e como tal, é muito importante manter os níveis de açúcar no sangue perto dos valores normais. Os valores não devem estar abaixo dos níveis normais (hipoglicemias), nem muito tempo acima do ideal (hiperglicemias), para minimizar as complicações tardias de uma Diabetes não controlada.

A **Hipoglicemia** (baixa de glicose no sangue) pode resultar da ação de antidiabéticos orais (comprimidos) que fazem baixar excessivamente a glicemia, ou da própria ação da insulina, ou ser devido a uma ingestão insuficiente de hidratos de carbono, ou ainda por uma combinação de dois ou mais destes fatores. Normalmente, a hipoglicemia quando inferior a 50mg/dl pode ser acompanhada de sintomas característicos:

- * Fome súbita e devoradora;
- * Tremores, suores frios;
- * Sensação de fraqueza, palidez;
- * Cefaleias (dores de cabeça), irritabilidade;
- * Ansiedade, nervosismo;
- * Palpitações e confusão mental;
- * Perda de peso.

A **Hiperglicemia** (glicose no sangue elevada) pode resultar de insuficientes doses de insulina, ou de antidiabéticos orais, de excessos alimentares, sedentarismo ou falta de exercício físico, por stresse emocional e ação de alguns medicamentos ou infeções. A hiperglicemia mantida é a principal causa das complicações tardias da Diabetes. Os valores de glicemia deverão ser rigorosamente controlados. Os valores de glicemia quando são superiores a 140mg/dl podem ser acompanhados de sintomas característicos:

- * Urinar em excesso;
- * Excesso de sede;
- * Boca seca;
- * Perda de peso.

Os valores elevados de glicemia podem causar lesões nos vasos e nervos levando a alterações do compromisso na irrigação dos membros e órgãos. A deficiente irrigação sanguínea aumenta o risco de infeções, doença vascular cardíaca e cerebral, lesões na retina, perturbações vasculares nos membros inferiores, que podem levar a amputações e alterações renais. As complicações tardias da Diabetes descontrolada são:

- * AVC (Acidente Vascular Cerebral);
- * Doença cardíaca;
- * Nefropatia (doença renal);
- * Problemas de visão: Catarata Glaucoma, Retinopatia, perda de visão;
- * Pé Diabético: Amputações, Deformações, Doença Vascular Periférica, Suscetibilidade a infeções;
- * Disfunção Sexual: Impotência sexual, Diminuição do desejo sexual.

2.1.5. PREVENÇÃO

No que se refere à Diabetes tipo 1 pouco ou nada pode ser feito para se prevenir, já em relação à Diabetes tipo 2, uma alimentação saudável e variada e a manutenção de uma atividade física moderada regular são fatores que podem claramente evitar ou adiar o aparecimento de doença.

2.1.6. TRATAMENTO

O tratamento da Diabetes consiste em que o organismo consiga utilizar a glucose que se encontra no sangue, e desta forma, repor os níveis normais de açúcar no sangue.

O tratamento da Diabetes assenta em cinco conceitos:

- * Consciencialização e educação terapêutica do diabético, se esta não existir não há adesão;
- * Alimentação e regime alimentar adequado;
- * Vida ativa, mais do que simplesmente exercício físico;
- * Tratamento farmacológico (antidiabéticos orais e insulina);
- * Monitorização dos níveis de glicemia capilar.

A intervenção terapêutica na Diabetes tem como objetivos a ausência de sintomas agudos, a diminuição de complicações tardias, micro e macro vasculares e a melhoria ou manutenção da qualidade de vida.

Como noutras situações de doença, os objetivos terapêuticos têm que ser personalizados e adaptados às características individuais do diabético, incluindo a idade, tempo de evolução da doença, existência de complicações tardias associadas à Diabetes, perceção e tratamento de hipoglicemias, e existência de outras comorbilidades (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa N° 002/2011, 2011).

A base do tratamento é farmacológica, utilizando antidiabéticos orais e Insulina, e complementada com intervenção multidisciplinar. A vigilância do diabético é periódica e efetuada pelas equipas de saúde conforme o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.

A vigilância do diabético assenta num plano de educação terapêutica sobre a fisiopatologia da doença, cuidados com a alimentação, importância do exercício físico, autovigilância e autocontrolo, para que o diabético desenvolva estratégias de controlo e vigilância, de modo a minorar o desenvolvimento, a médio e longo prazo das complicações da doença (Ministério da Saúde, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa N° 002/2011, 2011).

O elemento fundamental no tratamento da Diabetes tipo 1 é a insulina, na Diabetes tipo 2 são os antidiabéticos orais e insulina, mas em ambas são essenciais, medidas de modificação de estilos de vida, alimentação equilibrada, controlo ponderal, prática de exercício físico regular, complementado com autovigilância da glicemia capilar para uma gestão eficaz da doença.

O tratamento farmacológico consiste na utilização de antidiabéticos orais (comprimidos) e na utilização de insulina (injetável).

Tratamento com Antidiabéticos Oraís (comprimidos) – Os antidiabéticos orais são medicamentos que se utilizam na Diabetes tipo 2 com o objetivo de melhorar o controlo da glicemia. São mais uma ferramenta terapêutica e não substituem a atividade física e uma alimentação saudável. Consoante o seu modo de ação podem ser utilizados sozinhos ou em associação. Alguns deles podem ser utilizados juntamente com a insulina.

Tratamento com Insulina – A insulinoterapia é uma terapêutica cuja administração é feita através da aplicação de injeção na gordura por baixo da pele (subcutânea). As pessoas com Diabetes tipo 1 necessitam desta terapêutica para toda a vida. É uma terapêutica que tem um lugar crescente no tratamento da Diabetes tipo 2, quer a título transitório, quer mesmo como terapêutica definitiva. A terapêutica com insulina na Diabetes tipo 2 impõe-se quando já não se consegue obter um bom controlo metabólico. Um bom controlo metabólico permite, à semelhança da Diabetes tipo 1, prevenir e minorar a ocorrência das complicações tardias da Diabetes tipo 2. Atualmente a administração da insulina com caneta tem aumentado a adesão de muitos diabéticos a este tipo de terapêutica (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009).

No tratamento da Diabetes é muito importante o grau de motivação da pessoa, quanto mais elevado for, melhor será o controlo e a gestão da sua Diabetes.

2.2. INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA GESTÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DA DIABETES

Aprender a viver com a Diabetes de uma forma saudável é fundamental para o bem-estar do diabético, da família, dos amigos, da equipa de saúde e da comunidade. É importante não viver em função da Diabetes, mas sim, integrar a gestão da doença com o dia-a-dia e assim desfrutar de uma vida mais saudável, repleta de qualidade.

Uma intervenção terapêutica multidisciplinar assenta numa participação ativa por parte do diabético, das equipas de saúde e dos órgãos governamentais gestores de saúde, ou seja, toda uma comunidade envolvida na gestão adequada de uma doença crónica

A adesão ao regime terapêutico por parte do diabético assenta numa participação ativa e responsável pelo controlo da doença.

Adesão ao Regime Terapêutico na Diabetes

Adesão ao regime terapêutico segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) é “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta, e/ou executar alterações ao estilo de vida, correspondente às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde”. Grande parte dos estudos de investigação sobre a adesão ao regime terapêutico concentra-se nas instruções médicas quanto às medicações prescritas; no entanto, estas abrangem comportamentos mais alargados, relacionados com a saúde, que vão para além de tomar as medicações prescritas. Alguns exemplos de comportamentos relacionados com a adesão incluem:

- * Procurar auxílio médico;
- * Adquirir os medicamentos prescritos;
- * Tomar a medicação de forma apropriada;
- * Obter imunização;
- * Comparecer às consultas de seguimento;
- * Adotar modificações comportamentais dirigidas ao controlo do peso, autogestão da Diabetes, comportamentos de risco, alimentação pouco saudável, e níveis insuficientes de exercício físico.

Como medidas de suporte à autogestão pode-se salientar o processo que desenvolve na pessoa habilidades para resolver os problemas; o próprio doente ser capaz de identificar os problemas, promover a autoeficácia; apoiar a aplicação do conhecimento nas situações de vida que são importantes para os utentes; o papel do educador, do profissional de saúde, o grupo de apoio; as tecnologias informáticas e as ferramentas Web, entre outras.

Há evidência forte que sugere que a maioria dos doentes com Diabetes tem dificuldade em aderir a um regime prescrito de cuidados. Na Europa, apenas 28% dos doentes com Diabetes conseguem atingir um controlo glicémico ótimo para a Diabetes. Nos países desenvolvidos, a adesão ao regime de tratamento é de cerca de 50%, no entanto este valor é muito mais baixo nos países em desenvolvimento (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) define “*Adesão ao regime terapêutico é um tipo de Gestão ao Regime terapêutico com as características específicas: desempenhar atividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde;*

aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante” (Enfermeiras, Conselho Internacional, 2005).

A adesão ao regime terapêutico pressupõe depois da posse de conhecimentos, comportamentos de aceitação do decurso do tratamento, cumprimento dos tratamentos prescritos, de modo a que o doente esteja convicto da sua capacidade em controlar a sua situação de saúde e respetivos tratamentos.

No âmbito da psicologia comportamental existem várias teorias e modelos comportamentais que estudam a adesão ou a fraca adesão, e que explicam a mudança de comportamento. É do conhecimento geral que existem vários fatores que interferem na adesão nomeadamente fatores de ordem psicossocial, características da doença e fatores de tratamento, assim como, fatores interpessoais. Como fatores interpessoais é de referir a formação do profissional de saúde na área correspondente à sua formação/reflexão. A interação profissional/doente, estabelecendo a relação empática e comunicação. A forma de transmissão de informação tendo em conta crenças quer do profissional quer do doente.

O comportamento de adesão depende das características do indivíduo, de fatores interpessoais, do contexto social e organizacional e de características da doença e do seu tratamento. Como características individuais temos as crenças de saúde e as representações da doença, aspetos cognitivos (literacia funcional, conhecimento sobre a saúde e doença), aspetos emocionais, motivação, depressão, estratégias de coping e fatores sociodemográficos. Estes fatores isoladamente não têm grande valor preditivo mas em conjunto podem promover a adesão.

No que se refere às características da doença, os fatores de tratamento vão depender muito da visibilidade dos sintomas, da gravidade, de custos e benefícios percebidos (sentir-se ameaçado e acreditar nos benefícios do tratamento; da duração e complexidade e também dos efeitos secundários, e se interferem com a vida da pessoa).

Em relação aos fatores interpessoais pode-se considerar a formação que o profissional de saúde tem acerca da doença e como domina o assunto; da sua interação profissional/doente empatia e comunicação autoritária/centrada no doente – relação positiva fomentando o interesse, a amizade e a empatia, transmissão de informação e crenças do próprio profissional.

No que se refere ao contexto social e organizacional, este depende do suporte social (família, vizinhos e grupos comunitários), do trabalho (desemprego); acessibilidade aos serviços de saúde; políticas de saúde (custos elevados da medicação).

A adesão ao regime terapêutico pode ser medida através de métodos diretos ou indiretos. Dos métodos diretos destacam-se: os autorrelatos; avaliação do profissional; resultados terapêuticos;

contagem de comprimidos; monitores eletrónicos; avaliação do local da administração da medicação; avaliação de autovigilância. Quanto a métodos indiretos pode-se avaliar através de resultados analíticos (Sousa, 2003).

A autovigilância pelos doentes ou familiares não coloca em risco a perda de “direitos” ou importância na medicina, mas pelo contrário, esta ganha um maior contributo e uma maior assistência à realidade social e cultural de cada indivíduo.

Se o doente não cumpre o regime terapêutico, isto não depende só dele, mas também da família, do próprio profissional, da organização, da sociedade, entre outros fatores.

Face à problemática da adesão ao regime terapêutico e à multiplicidade de fatores é necessário identificar barreiras e fazer intervenções individualizadas, múltiplas e abrangentes ao nível cognitivo comportamental e emocional.

Para melhorar a adesão ao regime terapêutico deve-se combinar várias estratégias educativas e comportamentais. As estratégias comportamentais incluem lembretes e o reforço do comportamento do doente, entre outras. As estratégias educativas que melhoram a adesão incluem a simplificação de regime medicamentoso, facultar informação acerca dos efeitos secundários esperados e motivar as pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica.

É muito importante educar os doentes acerca da sua doença, benefícios do tratamento e complicações associadas à não adesão. A educação é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio tratamento. A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas os diabéticos não só precisam de ser informados como precisam de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida. É necessária uma abordagem multidisciplinar para melhorar a adesão. A família, a comunidade e as organizações de Diabéticos são parceiros-chave na promoção da adesão. Precisam de estar todos envolvidos de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados desses cuidados. (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A melhoria da adesão exige continuamente cooperação entre os profissionais de saúde, famílias, responsáveis pelas políticas, investigadores e sobretudo o diabético (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A partilha de experiências e vivências entre pessoas com a Diabetes também tem sido considerada como benéfica para a adesão terapêutica e bom controlo da doença.

Segundo a OMS (2003) numa equipa de saúde o enfermeiro tem um papel fundamental “os enfermeiros têm um papel importante na promoção da adesão pois, para além de representarem uma grande parte dos profissionais de saúde estando presentes em todas as áreas dos cuidados, são privilegiados na proximidade que têm com a população” (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

Educação Terapêutica na Diabetes

A educação para a saúde é reconhecida pela declaração de St. Vincent em 1989 como uma arma terapêutica, fundamental em todas as etapas da evolução da doença, mas principalmente na prevenção primária (prevenção da diabetes e promoção de estilos de vida saudáveis) e terciária (prevenção de complicações e incapacidades) (Roche Diabetes Care, 2011).

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008) a promoção da educação do diabético é uma premissa fundamental na terapêutica da Diabetes, visando torna-lo mais autónomo, sabendo gerir a doença no dia-dia e compreendendo os motivos e os problemas que o levaram a tornar-se uma pessoa com diabetes (Candeias, Boavida, Correia, Pereira, Almeida, & Duarte, 2008).

A educação estruturada, recorrendo à comunicação centrada no doente, em particular, utilizando a entrevista motivacional provou a sua eficácia na promoção da adesão ao tratamento de doenças crónicas e da satisfação dos doentes com o tratamento, mas também na melhoria clínica destes, na promoção da sua qualidade de vida e bem-estar, bem como na prevenção do abandono das consultas, melhoria da gestão do tempo de consulta e envolvimento do doente no processo de tratamento.

A promoção de estilos de vida saudáveis e a adesão ao tratamento nos doentes com Diabetes constitui um enorme desafio educacional para as equipas de saúde a curto prazo, implica melhorias significativas em certos parâmetros biológicos, como o valor médio da glicemia, mas principalmente, da adaptação à nova situação de doença, no que diz respeito à qualidade de vida do diabético e da sua capacidade para passar a ser ele próprio o primeiro gestor da sua doença. Devem, também, ser avaliadas, as estratégias educativas utilizadas, face aos objetivos traçados e aos resultados obtidos. Assim entende-se por educação terapêutica “*o processo educativo, desencadeado e efetuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações*” (Ministério da Saúde, Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus - Circular Normativa Nº14/DGCG, 2000).

O primeiro objetivo da educação terapêutica é manter, o mais possível, a qualidade de vida do doente diabético e proporcionar um efeito terapêutico adicional às outras intervenções terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não. A educação terapêutica na Diabetes requer o envolvimento de vários intervenientes no processo educativo do doente e da família, como médicos, enfermeiros psicólogos, dietistas/nutricionistas, farmacêuticos de oficina e outros técnicos. Estes profissionais, diariamente envolvidos no acompanhamento de doentes diabéticos, devem estar capacitados para desenvolver programas de educação que assegurem a indispensável qualidade ao cumprimento do primeiro objetivo da educação terapêutica (Ministério da Saúde, Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus - Circular Normativa N°14/DGCG, 2000).

As estratégias de educação terapêutica ao diabético segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008) assentam nos seguintes princípios orientadores:

- * Dirigir a intervenção educativa para a otimização do controlo metabólico, através da utilização dos materiais de autovigilância da Diabetes, para a prevenção das complicações agudas e crónicas da Diabetes e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes;
- * Planear o processo educativo, contemplando abordagens individuais e em grupo;
- * Proceder à avaliação inicial dos conhecimentos e das práticas diárias do doente;
- * Basear as intervenções educacionais na avaliação inicial;
- * Encorajar a discussão e a participação da pessoa com Diabetes no processo educativo;
- * Introduzir os conceitos de acordo com o ritmo de aprendizagem do diabético;
- * Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural do diabético, tendo em conta as características de grupos potencialmente vulneráveis como, por exemplo, pessoas em situação de exclusão social, pessoas pouco diferenciadas na linguagem e na compreensão ou pessoas com patologia psiquiátrica;
- * Avaliar o nível da aprendizagem e as alterações ocorridas, ao longo do processo educativo, nas práticas diárias do diabético.

A necessidade de programas de educação de referência para profissionais de saúde é reconhecida com fundamental para a elaboração de programas específicos de educação terapêutica de doentes diabéticos. Estes programas devem obedecer aos necessários critérios de qualidade do seu processo e resultados, devendo estes ser desempenhados em função dos vários tipos de profissionais de saúde intervenientes no processo educativo (Ministério da Saúde, Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus - Circular Normativa N°14/DGCG, 2000).

O processo de educação terapêutica poderá contribuir para reduzir os custos do acompanhamento a longo prazo para os doentes e para a sociedade, é essencial para garantir uma autogestão eficiente na Diabetes e obter cuidados com qualidade (Assal & al, 2010).

Perfil do Formador na Área da Diabetes

A Direção Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, estabelece através de uma circular, normas e orientações técnicas sobre o papel do formador na área da prevenção da Diabetes. Segundo esta norma o formador deverá ser confiante, competente, articular com a equipa de saúde e diabético, ser organizado e flexível. Este não deverá culpabilizar mas sim manter um comportamento entusiasta, íntegro, respeitável e assertivo. Quanto à atitude, deverá conhecer bem o grupo e saber criar um ambiente favorável de aprendizagem, atender às diferenças individuais, respeitar as experiências de vida, crenças, valores, cultura e o ritmo próprio de aprendizagem (Ministério da Saúde, Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus - Circular Normativa N°14/DGCG, 2000).

Um dos papéis importantes do formador é ter em conta os princípios de aprendizagem de adultos, porque estes aprendem melhor quando confrontados com um problema concreto, com a incorporação de experiências de vida, com a participação ativa, maior envolvimento, ação e hábito.

Para desenvolver a motivação é necessário a ação de forças conscientes e inconscientes que determinem o comportamento. A motivação tem origem nas perceções e nas expectativas de uma pessoa face a determinados acontecimentos. O formador deverá conhecer estratégias de motivação, nomeadamente: estabelecer objetivos reais e atingíveis, listar obstáculos percebidos, esquecer “resultados rápidos”, esperar recaídas e saber recompensar os resultados. Estas estratégias poderão ser aplicadas individualmente ou a grupos de diabéticos.

O processo de trabalho com grupos passa por em primeiro lugar: identificação das necessidades, definir objetivos pedagógicos e por fim programar conteúdos de acordo com os interesses do grupo e necessidades.

A gestão da doença é complexa e exige que muitos fatores, incluindo o controlo dos valores de glicemia capilar, sejam discutidos. A automonitorização da glicemia é um procedimento altamente eficaz no controlo metabólico da pessoa com diabetes.

A educação permanente da pessoa com diabetes acerca da monitorização da glicemia capilar no domicílio possibilita a participação ativa no tratamento e conseqüentemente atingir com mais facilidade as metas de um bom controlo glicémico.

A Associação Europeia para o Estudo da Diabetes considera que a automonitorização dos valores de glicemia capilar é um dos modos de tornar ativa a participação do doente no seu tratamento, sendo usada como meio de educação, criando oportunidade de melhoria na comunicação entre o doente e a equipa de saúde.

A prática da monitorização dos valores de glicemia capilar está na maior parte dos casos ainda aquém do recomendado. Só uma automonitorização dos valores de glicemia capilar frequente e estruturada permitirá analisar as hiperglicemias em jejum, pré e pós prandiais (antes e depois do almoço), detetar excursões glicémicas, identificar e monitorizar a resolução de hipoglicemias e providenciar um feedback imediato ao doente sobre o efeito da alimentação, atividade, atividade física e medicação no controlo glicémico.

Uma situação de doença implica frequentemente alterações dos esquemas/ hábitos de vida, nem sempre as pessoas integram essas alterações de forma eficaz, com sucesso, resultando daí riscos em termos dos objetivos de saúde e da prevenção de complicações. Face a esta situação, o profissional de saúde (enfermeiro) ajuíza a situação como um fenómeno de gestão adequado ao regime terapêutico eficaz.

Gestão ao Regime terapêutico na Diabetes

A Diabetes sendo uma doença crónica impõem exigências aos doentes, às famílias e ao sistema de saúde. Há estratégias de gestão efetivas que carecem de aptidões de autocuidado para gerir em casa, associadas a cuidados e tratamento proactivo, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações ou deteriorações no seu estado possam ser rapidamente enfrentados antes de evoluírem para uma situação aguda (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) classifica a *“Gestão ao Regime Terapêutico é um tipo de Comportamento de Adesão com as características específicas: executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrarem atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária.”* (Enfermeiras, Conselho Internacional, 2005).

A gestão do regime terapêutico pressupõe desempenho por parte da pessoa de um conjunto de comportamentos, atividades e atitudes, que se regem por determinados princípios e indicações terapêuticas, de forma a diminuir o impacto da situação de doença na sua vida.

A gestão ao regime terapêutico no Diabético assenta em áreas muito importantes:

- * Aconselhamento Nutricional
- * Exercício físico
- * Medicação
- * Educação Terapêutica

- * Monitorização do Controlo da Glicose
- * Automonitorização dos valores de Glicemia
- * Cuidados Centrados no Diabético

Entende-se como primeira condição para que alguém adote ou mude comportamentos a necessidade de posse de informação necessária sobre o que mudar e porquê mudar, fundamentando os conhecimentos dos doentes face à patologia.

A ineficácia da gestão ao regime terapêutico está relacionada com a frequência a esquemas terapêuticos complexos, défice de conhecimentos sobre a forma de integrar as indicações terapêuticas no dia-a-dia e exigências excessivas sobre a pessoa.

Assim os qualificadores mais frequentes que se pretendem que assegure que a pessoa se integre são: autoadministração de medicamentos, automonitorização, prevenção de complicações, respostas/ reações aos medicamentos, hábitos alimentares, sedentarismo, entre outros individualizados.

Os diabéticos são doentes que necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, durante tanto tempo quanto possível.

Assim sendo, a eficácia e eficiência do tratamento depende fundamentalmente da capacidade de tomada de decisão e força de vontade da pessoa com diabetes na gestão do seu regime terapêutico, e não nas decisões da equipa de saúde.

A equipa de cuidados de saúde pode ajudar o diabético a adaptar a Diabetes ao seu estilo de vida e a viver melhor com a doença. Uma Diabetes controlada é o resultado do esforço de uma equipa que envolve o doente, a família e os amigos, o médico, o enfermeiro e outros profissionais de saúde, responsabilizando o diabético pela sua própria saúde (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (apdp), 2009).

As linhas orientadoras para uma gestão adequada da Diabetes são revistas pela Direção Geral da Saúde através do Programa Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes.

2.2.1. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA NO DIABÉTICO

Na Diabetes a vigilância do controlo glicémico é de máxima importância para a preservação da saúde e para uma melhor qualidade de vida. Para tal, é necessário que o diabético, seus familiares mais próximos ou cuidadores participem ativamente na vigilância da Diabetes, ou seja,

autovigiar constitui a base sobre a qual assenta a capacidade das pessoas com Diabetes participarem ativamente na gestão da doença. A autovigilância permite prevenir o aparecimento de desequilíbrios no controlo glicémico e assim evitar descompensações. Não podem existir regras rígidas, mas é imperativo que se torne um hábito de todos os diabéticos a autovigilância de glicemia capilar.

O diabético consegue uma boa compensação metabólica quando:

- * Faz uma alimentação equilibrada – controla os níveis de glicose no sangue e o peso;
- * Pratica exercício físico – reduz o problema da insulinoresistência, melhora a circulação e fortalece os músculos e articulações;
- * Toma a medicação conforme prescrição médica;
- * Monitoriza e vigia regularmente os valores de glicemia capilares conforme plano terapêutico estabelecido e acordado;

O diabético no papel de gestor da sua doença é capaz de monitorizar os valores de glicemia capilar, tem a capacidade de gerir e atuar com a informação recolhida, sabe a importância de um conjunto de informações, como por exemplo, do valor de referência da glicemia em jejum e da glicemia após as refeições, das hiperglicemias e hipoglicemias, do valor da tensão arterial, do doseamento de microalbuminúria e do exame oftalmológico dentro do plano de vigilância acordado com a equipa de cuidados de saúde. Com a autovigilância pode-se participar ativamente na gestão da Diabetes como elemento responsável e consciente em conjunto com o médico(a), enfermeiro(a) ou o(a) nutricionista/dietista, com a sua equipa de saúde (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009).

O diabético deve acompanhar a vigilância periódica da sua Diabetes e para tal é necessário saber:

- * Periodicidade das suas consultas;
- * A determinação de hemoglobina glicada (HbA1c) (análise laboratorial que permite saber o valor médio da glicemia dos últimos 3 meses);
- * Vigilâncias dos pés;
- * O que fazer em situações de emergência;
- * A quem recorrer quando não está algum elemento da sua equipa de cuidados de saúde;
- * Que pode beneficiar do apoio de uma equipa multidisciplinar.

2.2.2. INTERVENÇÃO TERAPEUTICA DA EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE

A promoção de estilos de vida saudáveis e a adesão ao tratamento nos doentes com Diabetes constitui um enorme desafio para a equipa de cuidados de saúde e assenta num esforço e disponibilidade acrescida, nos quais os benefícios compensam.

Assim a equipa de saúde deve:

- * Reconhecer o diabético como pessoa e ajuda-lo a planear o que for melhor para ele, negociar uma meta a atingir de modo que o doente seja capaz de realizar, por exemplo: elaborar um plano alimentar que vá de encontro aos seus gostos e preferências;
- * Responder às suas dúvidas e preocupações. Criar ambiente de confiança de modo a que o diabético e sua família possam expor medos e angustias abertamente. Confiar nos profissionais de saúde que terão disponibilidade para ouvir e responder pacientemente, de forma completa e honesta;
- * Recomendar as melhores estratégias para cuidados e gestão da Diabetes.

A equipa de cuidados de saúde pode incluir diferentes profissionais, um médico, um enfermeiro, um dietista ou nutricionista, um profissional de saúde mental, um técnico de educação física, um oftalmologista, um pedologista, um dentista, e outras especialidades que sejam necessárias. O mais importante, atendendo que a Diabetes pode afetar diferentes órgãos no corpo, é que todos os elementos da equipa comuniquem entre si, relativamente a possíveis alterações ao plano de tratamento da Diabetes.

A comunicação entre diabético / equipa de saúde nem sempre é fácil, mas o profissional de saúde pode aconselhar medidas facilitadoras de comunicação para que haja uma gestão adequada da Diabetes:

- * Antes da consulta, escrever tudo o que quer dizer para não se esqueça de nada, fazer as perguntas mais específicas, esclarecer todas as dúvidas;
- * Pedir para repetir, no caso de não ter ouvido ou percebido, e escrever as informações ou instruções;
- * Anotar as suas próprias decisões de acordo com os seus interesses, necessidades e disponibilidade.
- * Proporcionar sessões educativas orientadas com especialistas e trocas de experiencias com outros diabéticos.

Sessões Educativas Sobre a Diabetes

As sessões educativas são geralmente orientadas pelas equipas de saúde ou por especialistas de nutrição e diatética, diabetologia, entre outras. Estas são realizadas individualmente ou em grupos e permitem obter informações e trocas de experiências entre pares. Os temas geralmente abordados nas sessões educativas são:

- * Informação geral sobre a Diabetes e as suas causas;
- * Adaptação psicológica à Diabetes;
- * Aspectos psicossomáticos;
- * A importância do apoio da família e dos amigos, e a necessidade de os informar sobre a Diabetes;
- * Cuidados gerais com a Diabetes;
- * Alimentação, atividade física;
- * Medicação, insulino-terapia;
- * Equilíbrio entre alimentação, atividade física e terapêutica;
- * Autovigilância e autocontrolo (pesquisas e registos de glicemias e tomada de decisões com base nos resultados);
- * Lidar com as situações de hipoglicemias e hiperglicemias – sintomas, causas, prevenção e tratamento;
- * Gerir os dias de doença;
- * Prevenção e tratamento das complicações da Diabetes;
- * Manutenção de bons cuidados de higiene com a pele;
- * Os pés e os dentes;
- * Compreender os efeitos do tabaco e do álcool na Diabetes;
- * Compreender os benefícios e a autorresponsabilização pelos cuidados, redução dos riscos;
- * Resolução de problemas, utilização do sistema de cuidados de saúde, dos recursos da comunidade e da equipa de saúde para gerir melhor a diabetes.

A equipa de saúde é um grupo de prestadores de cuidados de saúde que pode ajudar a gerir melhor a Diabetes, a integrar os cuidados com a Diabetes na vida diária tornando o doente elemento principal da equipa de saúde (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009).

2.2.3. INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DOS ORGÃOS GOVERNAMENTAIS

As intervenções a nível governamental implementam-se através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes foi objeto de aprovação Ministerial, integra o Plano Nacional de Saúde e destina-se a ser aplicado pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde familiar, centros de saúde, hospitais, unidades prestadoras de cuidados continuados e serviços contratualizados. No Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes as estratégias específicas visam um reforço da capacidade organizativa, a introdução de modelos de boas práticas na gestão da Diabetes, a redução da incidência da Diabetes e suas complicações, estando delineados princípios orientadores a nível da prevenção primária, secundária, terciária e na identificação de obstáculos à implementação do programa (Candeias, Boavida, Correia, Pereira, Almeida, & Duarte, 2008)

Ao nível governamental preconizam-se as seguintes intervenções:

- * Profissionais de saúde com a formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar;
- * Disponibilidade de tecnologias de informação, que facilitem o acesso atempado a informação indispensável à gestão do Programa;
- * Resposta organizativa das chefias dos serviços prestadores de cuidados de saúde;
- * Elaboração e divulgação de manuais de boas práticas na vigilância da Diabetes, a ser distribuídos aos profissionais de saúde, que inclua orientações técnicas de acordo com a unidade prestadora de cuidados;
- * Promoção e a avaliação da qualidade clínica do seguimento da pessoa com Diabetes nos cuidados de saúde primários e diferenciados;
- * Criação de comissão de coordenação nacional do programa, com publicação anual de relatório de progresso;
- * Garantir a gestão integrada da Diabetes

CAPÍTULO III.

ANÁLISE E REFLEXÃO DA
PROBLEMÁTICA A “GESTÃO AO REGIME
TERAPÊUTICO NA DIABETES NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”

3.1. ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

O Plano Nacional de Saúde constitui uma orientação na prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Hospitalares e atualizado periodicamente. Nele consta informação atualizada que visa servir com evidência e orientação útil capaz de ajudar o sistema de saúde a cumprir processos continuados de construção e gestão do conhecimento, comunicação, monitorização, avaliação, participação e envolvimento, bem como influenciar vários agentes do Sistema de Saúde. O atual Plano Nacional de Saúde abrange o período de 2012 até 2016 (Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Políticas Transversais -Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), 2012).

Do Plano Nacional de Saúde fazem parte oito programas de saúde da qual a Diabetes merece de um programa em exclusivo desde a década de setenta, tendo sido atualizado e revisto até à presente data numa perspetiva de aproximação ao modelo de gestão integrada da Diabetes e de estabelecimento de parcerias com todos os intervenientes no circuito de vigilância da doença.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes destina-se a ser aplicado pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde familiar, centros de saúde, hospitais, unidades prestadoras de cuidados continuados e serviços contratualizados (Candeias, Boavida, Correia, Pereira, Almeida, & Duarte, 2008).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2012 rege-se por Normas de Orientação Clínica definidas pela Direção Geral de Saúde. As normas são elaboradas e revistas por equipas de peritos que visam a monitorização, controlo e gestão eficaz e eficiente da Diabetes.

No Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes são preconizadas para as Unidades de CSP consultas de vigilância da Diabetes de três em três meses ou de quatro em quatro meses, conforme necessidade de manter o doente adequadamente controlado.

A metodologia utilizada em cada consulta é da responsabilidade dos profissionais, tendo em conta as necessidades e as características de cada doente.

As consultas de vigilância da Diabetes nos CSP são efetuadas individualmente pela equipa de saúde, médico de família e enfermeiro de família. Da consulta de vigilância da Diabetes deverá constar a monitorização do valor de uma medição de hemoglobina glicada em cada semestre, avaliação de dados antropométricos (tensão arterial, peso, altura, índice de massa corporal,

perímetro abdominal), ensinamentos adequados à gestão ao regime terapêutico, medicamentoso e exercício físico, supervisão e avaliação da autovigilância dos valores de glicemia capilar. Anualmente é efetuado uma monitorização do valor de microalbumina na urina, um exame oftalmológico e um exame de monitorização e vigilância dos pés.

Em termos de plano de educação terapêutica da Diabetes, este aborda o ensino sobre utilização e manuseamento do aparelho de monitorização de valores de glicemia capilar, assim como o seu registo e interpretação. Também inclui o ensino sobre os cuidados a ter com os pés, alimentação, medicação e incentivo à prática de exercício físico ou atividade desportiva.

Ao mesmo tempo que é efetuado ensino sobre a gestão do regime terapêutico na Diabetes, este é complementado com folhetos informativos e boletins para registo manual dos valores de glicemia capilar.

Na consulta de vigilância da Diabetes o profissional de saúde sugere ao diabético que traga para a consulta seguinte o registo manual dos valores de glicemia capilar praticados no domicílio ou o aparelho de monitorização dos valores de glicemia capilar para assim, em conjunto com o profissional de saúde, se decidir quais as alterações a efetuar para melhorar a saúde do diabético, constituindo um instrumento de conhecimento e de autoconhecimento.

Algumas das dificuldades mais sentidas pelos doentes prendem-se com o registo e manuseamento do aparelho de monitorização dos valores de glicemia capilar, alteração de hábitos alimentares, adequação de horários para pequenas refeições e a introdução de práticas de exercício físico no dia-a-dia e o combate ao sedentarismo.

Na fase inicial do diagnóstico da doença são efetuadas mais consultas de enfermagem para acompanhamento e aquisição de conhecimentos de autovigilância e de autocontrolo, contribuindo para o autoconhecimento da Diabetes, seguindo um plano educacional.

O plano de educação terapêutica tem em conta as características individuais de cada diabético, assim como as características dos familiares, profissionais, sociais e económicas. O papel ativo do doente na gestão da doença pode ser entendido como um papel de cidadania médica em que as pessoas com Diabetes têm que gerir a sua própria terapêutica e adaptá-la ao seu quotidiano (Assal & al, 2010).

Uma medida estratégica do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes é publicar o Relatório Anual sobre a Diabetes em Portugal, que se encontra na quarta edição anual.

No último Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes em Portugal, referente a dados obtidos em 2011, constata-se que a prevalência da Diabetes é de 12,7 % na população

portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um valor estimado de 1003 mil indivíduos. A taxa de prevalência da Diabetes diagnosticada entre os 20 e os 39 anos é cerca de 4,1 %, entre os 40 e os 59 anos é cerca de 25,8% e dos 60 aos 79 anos a prevalência ronda os 54,7%, (ajustado à distribuição da população nos últimos censos). Assim sendo, mais de um quarto da população portuguesa no escalão etário dos 60-79 anos tem Diabetes (Observatório Nacional da Diabetes, 02/2013).

Na Tabela 3 compara-se o índice de prevalência da Diabetes nos últimos anos em Portugal com o índice de prevalência na Europa e no mundo, e a previsão para os próximos 30 anos, na população adulta dos 20 aos 79 anos.

Tabela 3 - Análise da Prevalência da Diabetes em Portugal, na Europa e no Mundo em 2011 e a Previsão para 2030

Prevalência da Diabetes em Portugal			
2008	2009	2010	2011
11,7%	12,3%	12,4%	12,7%
905 mil indivíduos	983 mil indivíduos	991 mil indivíduos	1003 mil indivíduos

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes "Diabetes: Factos e Números" de 2009, 2010, 2011 e 2012

Prevalência da Diabetes na Europa	
2011	2030
52,8 Milhões de indivíduos	64,2 Milhões de indivíduos

Fonte: Boletim informativo da IDF de dezembro de 2012 "IDF Diabetes Atlas".

Prevalência da Diabetes Mundial	
2010	2030
245 Milhões de indivíduos	380 a 552 Milhões de indivíduos

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes "Diabetes: Factos e Números" 2011 e 2012

Nos últimos anos em Portugal, desde 2008 até 2011, verificam-se aumentos significativos da prevalência da Diabetes, seguindo a tendência europeia e mundial. Atualmente, mais de um milhão de portugueses, entre os 20 e os 79 anos de idade, possuem a doença.

Nas USF (Unidades de Saúde Familiar) de Portugal Continental, em 2010, foram detetados 623 novos casos de Diabetes por cada 100 000 habitantes. O número médio de consultas de Diabetes por utente com diabetes ascende às 4,7 consultas por ano, mantendo-se este valor em 2011. Em relação à taxa de cobertura da vigilância médica das pessoas com Diabetes nas USF esta ronda os 85,3% em 2010 e cerca de 87,3% em 2011 (Observatório Nacional da Diabetes, 02/2013).

Um fator não menos importante a ter em consideração na prevalência da Diabetes é a existência de uma relação inversa entre o nível de educação e a prevalência da Diabetes na população portuguesa verificado em 2010, ou seja, quanto mais elevado é o nível educacional, menor é a prevalência da Diabetes, como se pode observar na Figura 2.

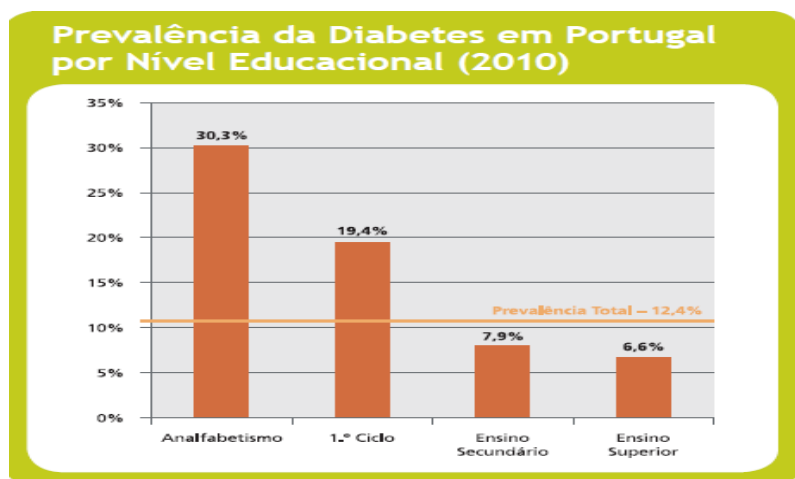


Figura 2. Prevalência da Diabetes em Portugal por Nível Educacional em 2010

Fonte: Retirado do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes “Diabetes: Factos e Números 2011”

Nos próximos anos a prevalência da Diabetes nas idades entre os 40 e os 59 anos tenderá a aumentar devido à tendência de obesidade na população (Observatório Nacional da Diabetes, 2011).

Na Tabela 4 pode-se constatar que no grupo etário dos 20 aos 39 anos houve um decréscimo de quatro décimos e no grupo etário dos 40 aos 59 anos houve um aumento de dois décimos. A taxa de prevalência, independentemente do grupo etário, é sempre maior no sexo masculino. Onde se verificou maior acréscimo foi no grupo etário dos 60 aos 79 anos, cerca de oito décimos.

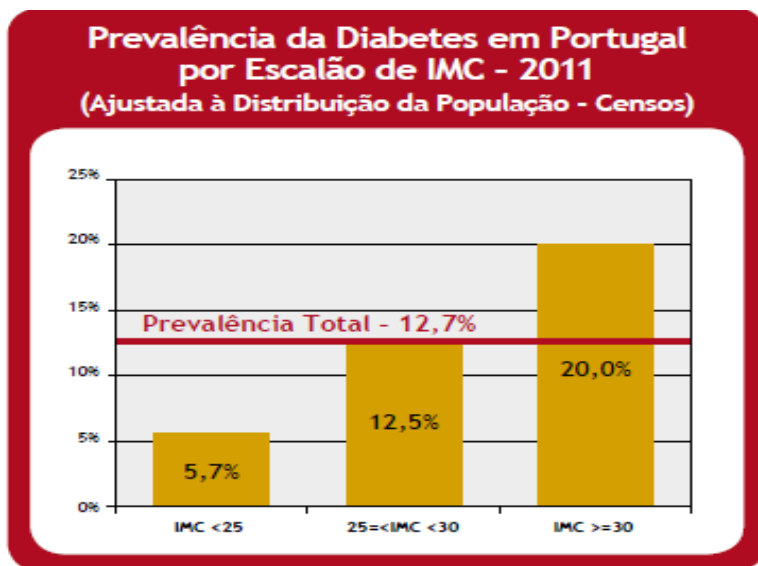
Tabela 4 - Prevalência da Diabetes por Grupo Etário em Portugal entre 2008 e 2011

Prevalência da Diabetes por grupo etário desde 2008 até 2011		
2008	20-39 Anos	2,4%
	40-59 Anos	12,6%
	60-79 Anos	26,3%
2010	20-39 Anos	2,0%
	40-59 Anos	12,8%
	60-79 Anos	27,1%
2011	20-39 Anos	2,0%
	40-59 Anos	12,7%
	60-79 Anos	27,1%

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes “Diabetes: Factos e Números” de 2009, 2010, 2011 e 2012

Segundo um estudo realizado pelo Institute For The Future (ITFF), em 2006, o número de pessoas que sofre de obesidade irá crescer até 2016, acarretando o aumento de Diabetes e o surgimento de problemas do coração e outras doenças. A diabetes deverá acometer para o dobro até 2020 (CNI-SESI Confederação Nacional da Industria - Serviço Social da Industria, 2008)

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, em 2011 continua-se a verificar a existência de uma relação entre o escalão de Índice de Massa Corporal (IMC) e a Diabetes, cerca de 90% da população com Diabetes apresenta excesso de peso ou obesidade, conforme se pode verificar na Figura 3

**Figura 3. Prevalência da Diabetes em Portugal por Escalão de IMC em 2011**

Fonte: Retirado do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes “Diabetes: Factos e Números 2012”

A taxa de incidência da Diabetes corresponde ao aparecimento anual de novos casos de diabéticos. Quanto à incidência pode-se observar na Tabela 5 que em Portugal se tem dado um aumento à volta de 50 a 60 novos casos por cem mil habitantes, por cada ano, nos últimos anos.

Tabela 5 - Incidência da Diabetes em Portugal nos Últimos Anos

2008	2009	2010	2011
581,9 Novos casos por 100.000habitantes	571,1 Novos casos por 100.000habitantes	623,5 Novos casos por 100.000habitantes	651,8 Novos casos por 100.000habitantes

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes "Diabetes: Factos e Números de 2009, 2010 2011 e 2012"

Desde 2006 através das USF, nos CSP tem-se avaliado a execução do programa da Diabetes através de indicadores que pretendem refletir a qualidade e vigilância dos diabéticos.

Os indicadores atualmente contratualizados com as USF são: a percentagem de diabéticos com 2 HbA1C registada nos últimos 12 meses; a percentagem de diabéticos com um exame dos pés registado nos últimos 12 meses; a percentagem de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem; percentagem de diabéticos com HbA1C inferior a 7,5; percentagem de diabéticos com microalbuminúria nos últimos doze meses, percentagem de diabéticos com pelo menos uma referenciação ou registo de realização anual de exame à retina, custo médio da terapêutica insulínica faturado por diabéticos tipo 2 sob terapêutica insulínica, percentagem de diabéticos com registo de gestão ao regime terapêutico adequado (alimentação, medicação, exercício físico), entre outros.

Através da Tabela 6 pode-se visualizar uma lista de indicadores que pretendem avaliar cuidados de saúde prestados aos diabéticos de modo a refletir custos para o Sistema Nacional de Saúde inerentes ao tratamento e prevenção de complicações tardias da Diabetes.

Tabela 6 - Indicadores da Diabetes Monitorizados nos Cuidados de Saúde Primários

Indicadores contratualizados desde 2006 até 2012	
%	Diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano
%	Diabéticos com ≥ 2 HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres
%	Diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem

Indicadores monitorizados pela DGS desde junho de 2012	
%	Diabéticos em terapêutica com antidiabéticos orais
%	Diabéticos vigiados com prescrição exclusiva de metformina
%	Diabéticos vigiados com prescrição de antidiabéticos orais sem utilização de metformina
%	Diabéticos vigiados com prescrição de associação dupla de antidiabéticos orais, inclui a metformina
%	Diabéticos vigiados com prescrição de associação tripla de antidiabéticos orais, inclui a metformina
%	Diabéticos vigiados com prescrição de insulina e metformina
€	Custo médio com antidiabéticos orais faturados com diagnóstico de Diabetes
%	Consumo de antidiabéticos orais genéricos, em valor, no total de antidiabéticos orais faturados
%	Diabetes tipo2 vigiados com idade ≥ 40 anos com colesterol LDL ≤ 100 mg/dl nos dois semestres
%	Diabéticos tipo2 com compromisso de vigilância sob terapêutica com insulina
%	Diabéticos com compromisso de vigilância sob terapêutica com insulina isofânica
%	Diabéticos tipo2 vigiados sob terapêutica com insulina (análogos de ação prolongada)
€	Custo médio da terapêutica insulínica faturado por diabéticos tipo2 sob terapêutica insulínica

Fonte: Departamento de Contratualização, Administração Regional de Saúde, 2013.

A partir de 2013 serão monitorizados novos indicadores nos cuidados de Saúde Primários e contratualizado com as USF. A tabela Nº 7 resume os futuros indicadores para o próximo ano em avaliação nos CSP. Esta nova panóplia de indicadores pretende refletir uma adequada gestão ao regime terapêutico da Diabetes, traduzir mais qualidade de vida e obter mais ganhos em saúde.

Tabela 7 - Futuros Indicadores a Contratualizar em 2013 nos Cuidados de Saúde Primários

%	Diabéticos com 2 consultas médicas
%	Diabéticos com registo de tensão arterial em cada semestre
%	Diabéticos com registo de perímetro abdominal
%	Diabéticos com HbA1c $\leq 8,0$
%	Diabéticos com Microalbuminúria nos últimos 12 meses
%	Diabéticos com resultados Colesterol nos últimos 24 meses
%	Diabéticos com registo de Gestão do regime Terapêutico (3 itens)
%	Diabéticos com pelo menos uma referenciação ou registo de realização anual de exame à retina
%	Diabéticos com acompanhamento adequado

Fonte: Departamento de Contratualização, Administração Regional de Saúde, 2013.

Continuando na mesma linha de pensamento e atitude, também a nível europeu o Conselho Europeu, realizado a doze de março de 2012, pretende que se "ponha em prática uma estratégia específica para a Diabetes na União Europeia, sob a forma de Resolução de Conselho, sobre a prevenção, diagnóstico, gestão, educação e investigação no domínio da Diabetes", encarregando o Presidente da Comissão Europeia, Doutor Durão Barroso, de transmitir a todos os parlamentos dos Estados-membros.

O Presidente da Comissão Europeia, Doutor Durão Barroso, solicita a todos os Estados-Membros que elaborem programas de gestão da Diabetes baseados em boas práticas e com diretrizes de tratamento devidamente fundamentadas. Para que seja garantido o acesso permanente dos doentes a equipas interdisciplinares de alta qualidade, ao nível da assistência primária e secundária, bem como a tratamentos e tecnologias relativos à Diabetes, incluindo tecnologias de saúde em linha, que ajudem os doentes a obter e a manter competências e conhecimentos necessários para uma autogestão eficaz ao longo da vida.

Os Estados-Membros devem promover a prevenção da diabetes tipo 2 e a obesidade (recomendando a implementação de estratégias desde tenra idade através de formação, nas escolas, sobre regimes alimentares saudáveis e a aquisição de hábitos de atividade física) e estratégias de incentivo a estilos de vida saudáveis que abordem aspetos como a alimentação, a atividade física e salienta, neste contexto, a necessidade de harmonizar as políticas em matéria de alimentação com o objetivo de promover um regime alimentar saudável e permitir aos consumidores efetuar escolhas esclarecidas e saudáveis, e o diagnóstico precoce como domínios de intervenção fundamentais dos seus programas nacionais para a Diabetes.

A Resolução deste Conselho também reforça a coordenação da investigação europeia sobre a Diabetes, promovendo a colaboração entre diferentes disciplinas de investigação, e a criação de infraestruturas comuns para fomentar a investigação europeia sobre a Diabetes, nomeadamente em matéria de identificação e prevenção dos fatores de risco.

As complicações tardias da Diabetes não controlada acarretam custos enormes para qualquer sociedade. Na Tabela 8 pode-se constatar o quanto custa tratar a diabetes em Portugal em comparação com o mundo nos últimos 3 anos e o que se perspectiva vir a gastar em 2030.

Tabela 8 - Custos Diretos com a Diabetes nos Últimos anos em Portugal

	2008	2009	2010	2011	2030
Portugal	900-110 Milhões €/ano	1.050-1.250 Milhões €/ano	1.150-1.350 Milhões €/ano	1.200- 1.450 Milhões €/ano	
Europa			90.000 Milhões €/ano	131.000 Milhões Dólares/ano	157.000 Milhões Dólares/ano
Mundial			232.000 Milhões de Dólares/ano		302.500 Milhões de Dólares/ano

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes "Diabetes: Factos e Números" de 2009, 2010, 2011 e 2012

Fonte: Boletim informativo "IDF Diabetes Atlas" (Federation, International Diabetes, 2012).

Na Tabela 9 pode-se observar o quanto se gasta em média por cada diabético tratado em Portugal em comparação com o peso que esses gastos representam com o PIB português.

Tabela 9 - Custo Médio por Doente Diabético nos Últimos anos em Portugal

2009	2010	2011
1.543€/indivíduo	1.881€/indivíduo	1.811€/indivíduo
Representa 0,9%do PIB Português	Representa 1%do PIB Português	Representa 1%do PIB Português

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes "Diabetes: Factos e Números" de 2009, 2010, 2011.

3.2. LEVANTAMENTO DE SITUAÇÕES PROBLEMÁTICAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nas USF as consultas de vigilância da Diabetes são efetuadas conforme o preconizado pelo Programa Nacional da Diabetes, de forma a atingir os indicadores contratualizados pela Administração Regional de Saúde.

Diariamente, ao longo das consultas de vigilância e controlo do diabético, nos CSP, são sentidas algumas dificuldades, pelas equipas de saúde, em obter uma gestão adequada da Diabetes.

Essas dificuldades assentam essencialmente no autocontrolo, autovigilância e automonitorização, na gestão da tríade (medicação prescrita, alimentação e atividade física), a dificuldade passa em manter em equilíbrio estes três fatores e prática diária de monitorização e registo da glicemia capilar, obrigando o diabético a ser responsável e cuidadoso com a gestão da sua doença.

Na Figura 2 pode-se observar em representação de tríade os fatores medicação, alimentação e atividade física. Estes fatores em equilíbrio representam autocontrolo, autovigilância e automonitorização resultando na gestão adequada da Diabetes.

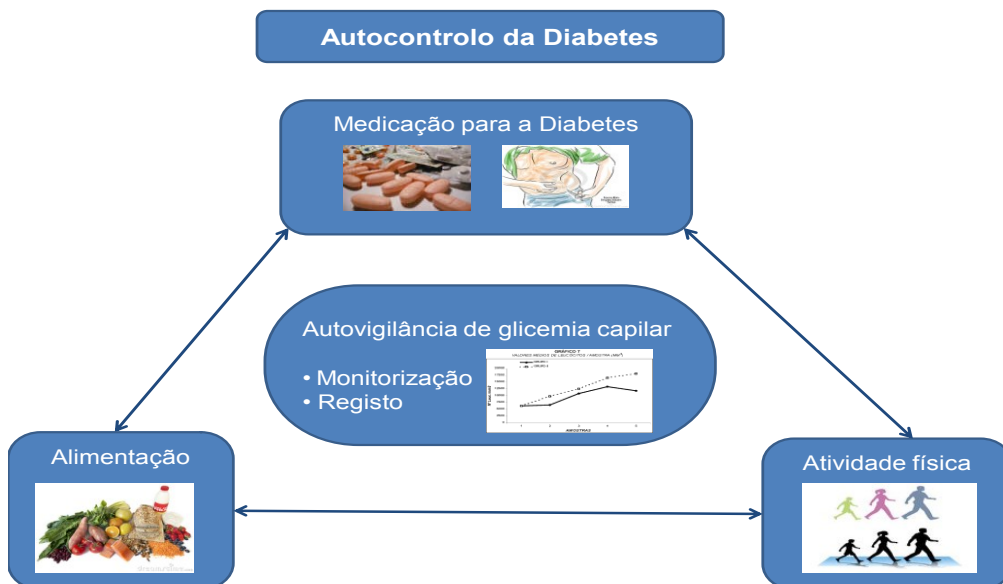


Figura 4. Tríade da Gestão ao Regime Terapêutico

Fonte: Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2009

Diariamente, em cada elemento da tríade constata-se dificuldades na gestão ao regime terapêutico adequado, nomeadamente:

Dificuldades de Monitorização dos valores de Glicemia Capilar

- * Picar o dedo para avaliação de glicemia capilar, traduzido pelas seguintes expressões: “não posso ver sangue”, “picar a mim própria não sou capaz”, “se for outra pessoa a picar, ainda pode ser”;
- * Manusear os dispositivos para avaliação dos valores de glicemia e de administração de insulina;
- * Monitorizar valores de glicemia capilar no domicílio conforme ensino e respetivo registo no mapa manual fornecido ao doente;
- * Trazer para a consulta o mapa de registos dos valores de glicemia capilar do período em análise para supervisão de autovigilância e avaliação dos valores praticados (esquecimento constante do mapa de registos e do monitor).

Motivação / Participação ativa no Controlo da Doença

- * Ignorar a doença, diabetes não dói, então não é valorizada como tal, “eu ando bem, não me dói nada”,
- * Rejeitar o diagnóstico, “ainda não tenho tempo para me dedicar à doença”, “só faço para já a medicação”, “não sinto nada”.

Dificuldade no Tratamento das Complicações

- * Lidar com a hipoglicemia /hiperglicemia
- * Lidar com a dor de feridas no âmbito do pé diabético;
- * Tratamentos de feridas muito demoradas;
- * Lidar com a perda de membros
- * Lidar com a hemodiálise;

Dificuldades de Gestão de Informação / Comunicação

- * Nº de consultas praticadas pelos profissionais de enfermagem no período que vai desde o diagnóstico da doença até à normalização de valores glicémicos, ou seja a quantidade de informação que é transmitida ao doente;
- * Apresentação do suporte escrito dos ensinamentos em fotocópias pouco atrativas / fotocópias a cores / material caro;
- * Alguns assuntos abordados em consulta não estão em suporte de papel;

- * Literacia em saúde dos doentes diabéticos;
- * Aprendizagem do manuseamento de dispositivos de avaliação e registo dos valores de glicemia capilar; por parte do doente e do cuidador.

Dificuldades Associadas à Gestão e Organização dos Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde

- * O intervalo de quatro meses para mostrar novamente o perfil glicémico, o tempo que medeia entre as consultas;
- * Dificuldade em agendar consultas de enfermagem para reforços do ensino;
- * Dificuldade em horários compatíveis dos profissionais de saúde com doentes trabalhadores, prestadores de cuidados, para esclarecimentos de dúvidas/ensino;
- * O tempo estipulado para cada consulta é escasso, não chega a maioria das vezes, daí ser necessário efetuar mais consultas;
- * Acesso à unidade em termos de transporte público / Rede de transportes públicos pouco acessível;
- * Interferências nas consultas (telefone de serviço);
- * A atual conjuntura política e económica de apoio aos diabéticos (custo das tiras).

CAPÍTULO IV.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE COMO
ESTRATÉGIA DE GESTÃO ADEQUADA
DA DIABETES

4.1. PARADIGMA DA COMUNICAÇÃO

Comunicação deriva do latim *Communicare*, que significa “tornar comum”, “partilhar”, “conferenciar”. No Dicionário da Língua Portuguesa “Comunicar”, “é o ato de trocar informação entre os indivíduos através da fala, escrita, de um código comum ou do próprio comportamento”, (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006).

Geralmente, o conceito de comunicação aplica-se à troca de informação, de experiências, sensações e emoções ou partilha de bens e serviços, mas para Roebuck, é a “comunicação que mantém a sociedade humana agregada, que permite à raça humana desenvolver-se e aperfeiçoar-se” (Roebuck, 2001).

Após a II Guerra Mundial acentuaram-se vários estudos decisivos sobre o processo de comunicação social e individual. Para facilitar o estudo da comunicação, alguns teóricos, estabeleceram e propuseram alguns modelos representativos.

Um dos modelos mais clássicos do processo de comunicação é o Paradigma de Lasswell, do qual resultaram quatro pressupostos: “*quem diz o quê; por que canal; a quem; e com que efeito?*” (Serra, 2007).

Num processo comunicacional onde o emissor desempenha um papel ativo e o recetor passivo, está-se perante um Modelo Comunicacional Unilateral ou designado de Paradigma Comunicacional de Lasswell. Na Figura 5 pode-se visualizar a representação esquemática do Paradigma Comunicacional de Lasswell, ou Modelo Comunicacional “Unilateral” numa conversação.

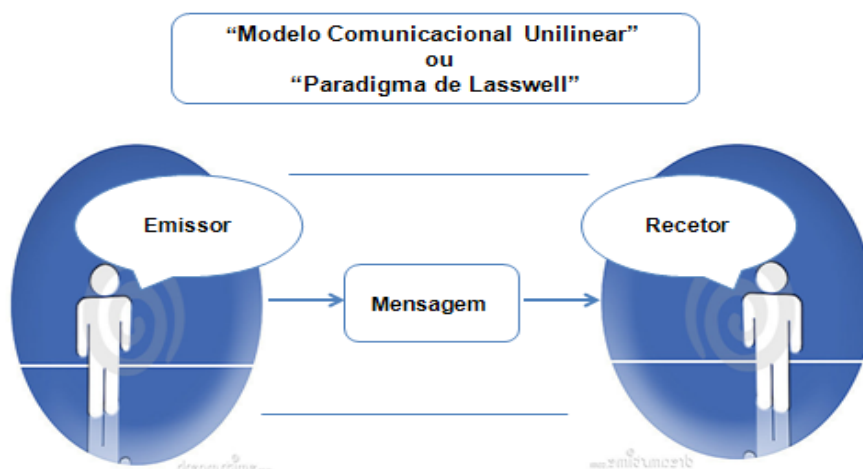


Figura 5. Modelo Comunicacional Lasswell ou Modelo Comunicacional Unilateral

Sendo assim, com os estudos efetuados no âmbito da comunicação social e individual, comunicar significa a troca de mensagens informativas, é um processo complexo caracterizado por interações dinâmicas e evolutivas, e pressupõe a existência de emissor ou fonte, mensagem, canal, recetor, feedback ou reação.

O emissor é aquele que transmite a mensagem de forma clara e precisa dos seus pensamentos em palavras ou significados, que se empenha na comunicação.

O recetor é aquele que recebe e interpreta a mensagem. Constitui o elo mais importante no paradigma, pois se a mensagem não atingir o recetor não serve de nada.

A mensagem é a tradução de ideias, intenções e objetos através de um código. O emissor utiliza um conjunto de uma combinação de signos e símbolos para expressar a sua intenção comunicativa.

O canal é o condutor da informação enviada pelo emissor, como por exemplo: televisão, rádio, jornais, revistas, livros, internet, etc.

O feedback resulta do processo de interação dinâmico entre o emissor e o recetor. Corresponde ao reenvio, é a resposta ou reação no processo de comunicação.

Num processo comunicacional onde se verifica a existência de reciprocidade entre o emissor e o recetor e a necessidade de se alterarem os papéis, está-se perante um Modelo Comunicacional Bilateral.

O Modelo Comunicacional Bilateral permite que se estabeleça uma troca de papéis entre emissor e recetor, a comunicação dá-se nos dois sentidos. É tão importante fazer passar a mensagem assim como, também é importante ouvir a mensagem e compreender o que os outros têm para dizer, o processo de comunicação é dinâmico e evolutivo (Coutinho & Junior, Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação, 2007).

Na Figura 6 pode-se observar a representação esquemática do Modelo Comunicacional Bilateral.

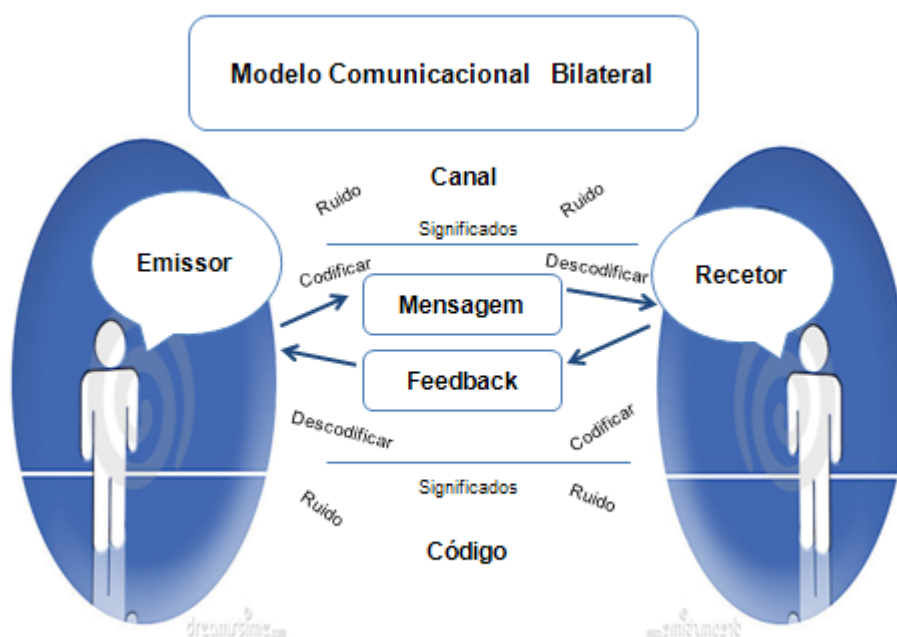


Figura 6. Modelo Comunicacional Bilateral

Sendo assim, em qualquer modelo clássico do processo de comunicação, derivado da teoria da informação, o emissor envia uma mensagem a um recetor que possa não apenas adquirir mas também perceber a mensagem. Isto pressupõe que o recetor possua não apenas capacidades que lhe permitam adquirir a mensagem, mas também que partilhe um código com o emissor, de forma a compreender, atribuir significado e perceber a mensagem. A mensagem é veiculada através de um canal, onde pode haver interferências indesejáveis (ruído sobre a mensagem). Se esta não transportar informação nova, ela pode ser redundante para o recetor. O ato comunicativo exposto acontece num determinado contexto e admite uma reação do recetor

(feedback), que pode ser a aceitação ou rejeição dos conteúdos da mensagem ou da própria mensagem.

Segundo Roebuck *“permitir que outras pessoas possam comunicar eficazmente connosco é tão importante como assegurar que se pode comunicar eficazmente com elas”* (Roebuck, 2001).

A comunicação é uma troca de mensagens e de experiências com significado em que a pessoa adquire consciência de si e dos outros e interioriza comportamentos, valores, normas, conhecimentos, (etc.), da sociedade e da cultura onde está inserido.

Sendo assim, do processo de comunicação resultam processos intelectuais, processos de produção, reprodução e transmissão social e cultural, apesar da mensagem poder ter consequências de ordem emocional e produzir efeitos afetivos, comportamentais e cognitivos.

Na compreensão dos fenómenos comunicacionais e dos atos comunicativos, os modelos teóricos servem para facilitar o estudo, no entanto, não representam todas as interações que se estabelecem, isto porque, os elementos intervenientes na comunicação mudam constantemente ao longo dos tempos, tanto quanto muda o contexto.

Ao longo dos tempos as pessoas comunicaram e aprenderam a comunicar de diferentes formas e maneiras, sofrendo alterações, capazes de influenciar pessoas, grupos e comunidades, acompanhando o progresso tecnológico e informático. Sendo assim, a comunicação é essencial à socialização, à aculturação, à formação e educação do indivíduo.

O processo comunicacional aplicado à área da saúde constitui um excelente campo de trabalho a explorar, e não deverá colocar barreiras à inovação na comunicação, utilizando as novas tecnologias informáticas para comunicar ao serviço da educação, promoção e vigilância de saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Teixeira, 2004).

Ao longo dos tempos, em termos de políticas de saúde internacionais, em várias conferências internacionais foi abordada a importância de responder a alterações nos determinantes de saúde, recorrendo à investigação, inovação, à utilização de órgãos de comunicação social e à utilização das tecnologias de informação e comunicação. Os meios de comunicação e as novas tecnologias contribuem para controlar os determinantes de saúde oferecendo imenso potencial na educação e promoção da saúde.

Na Declaração de Jacarta, sobre “Promoção da Saúde no Século XXI” realça-se a importância do acesso à educação e à informação, sendo esta essencial para se conseguir uma participação efetiva e o reforço das capacidades das pessoas e das comunidades (Organização Mundial da Saúde - Declaração de Jacarta, 1997).

4.2. PARADIGMA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A evolução das tecnologias de informação com a utilização de novas formas de comunicação associadas ao novo paradigma de educação e promoção da saúde tornam-se essenciais à sociedade, face à forma de estar e de interagir, a nível interpessoal, com as organizações de saúde, com os profissionais de saúde e as comunidades.

Este novo paradigma de educação e promoção da saúde, centrado do doente, na comunidade e na teoria do *empowerment* é vincado na Conferencia internacional de Adelaide em 1988 (Organização Mundial da Saúde - Recomendações de Adelaide, 1988).

Segundo Teixeira (2004), comunicar em saúde corresponde ao “*estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde...*” (Teixeira, 2004)

Na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem, CIPE/ICNP define-se comunicação como: “*Comunicação é um tipo de ação interdependente com características específicas: ações de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre as pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não-verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como o correio, correio eletrónico e telefone (1999)*” (Enfermeiras, Conselho Internacional, 2005).

A CIPE/ICNP complementa a comunicação como a “*Comunicação Expressiva é um tipo de comunicação com características específicas: ação e capacidade de se exprimir, interpretar e dirigir mensagens verbais e não-verbais; uso da linguagem escrita, da linguagem falada, da linguagem dos símbolos e dos sinais (1999)*” (Enfermeiras, Conselho Internacional, 2005).

Segundo José A. Carvalho Teixeira (2004) a comunicação em saúde inclui mensagens com finalidades muito importantes:

- * Promover a saúde e educar para a saúde;
- * Evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde;
- * Prevenir doenças;
- * Sugerir e recomendar mudanças de comportamento;
- * Recomendar exames de rastreio;
- * Informar sobre a saúde e sobre as doenças;
- * Informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados;

- * Recomendar medidas preventivas e atividades de autocontrolo e autovigilância em indivíduos doentes. (Teixeira, 2004)

Como se pode verificar a comunicação assume um papel transversal em saúde e com relevância em vários contextos:

- * Na relação entre os profissionais de saúde e os utentes dos serviços de saúde;
- * Na disponibilização e uso de informação sobre saúde, quer nos serviços de saúde quer nas famílias, escolas, locais de trabalho e na comunidade;
- * Na construção de mensagens sobre saúde no âmbito de atividades de educação para a saúde e dos programas de promoção da saúde e de prevenção, que visam a promoção de comportamentos saudáveis;
- * Na transmissão de informação sobre riscos para a saúde em situações de crise;
- * No tratamento dos temas de saúde nos meios de comunicação social, internet e outras tecnologias digitais (CD Rom, DVD);
- * Na educação dos utentes com a finalidade de melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde;
- * Na formação dos profissionais de saúde;
- * Nas relações interprofissionais em saúde;
- * Nas intervenções e afirmações públicas dos técnicos de saúde;
- * Na comunicação interna nas organizações de saúde;
- * Na qualidade do atendimento dos utentes por parte de funcionários e serviços.

O processo de comunicação / informação em saúde interfere diretamente nos comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental assim como na adaptação psicológica à doença (Teixeira, 2004).

Sendo assim, na Figura 7 pretende-se representar um paralelismo entre o processo comunicacional Bilateral com o processo comunicacional tradicional numa consulta de vigilância da diabetes, nos CSP, numa USF.

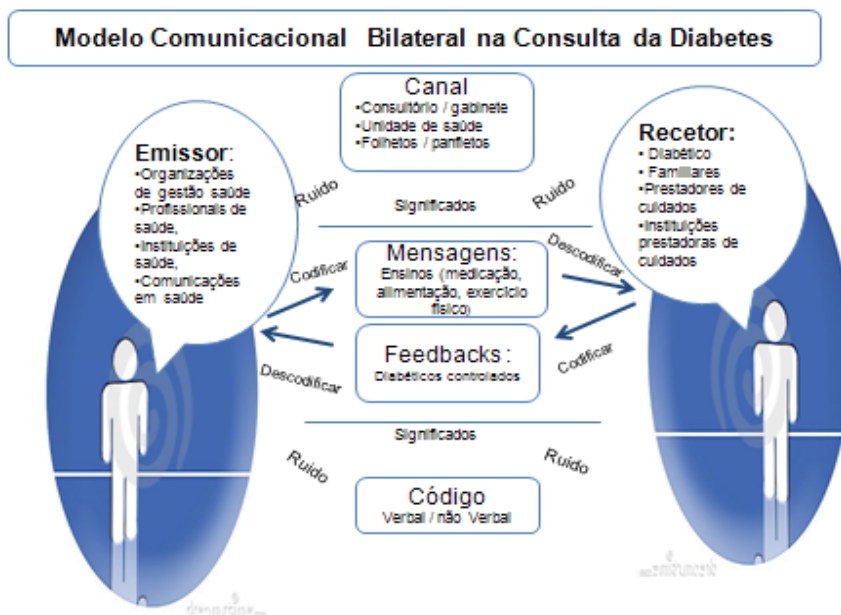


Figura 7. Modelo Comunicacional Bilateral na Consulta da Diabetes

A evidência científica sugere que os meios de comunicação generalizados podem proporcionar uma forma efetiva, em termos de custos, informação às pessoas e de sensibilizar para a inovação na comunicação (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

4.3. A INTERNET AO SERVIÇO DA EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A internet ao serviço da saúde está cada vez mais na vida dos cidadãos e possui um potencial de se converter num recurso económico e efetivo na promoção da saúde e prevenção da doença.

Os avanços tecnológicos e o desenvolvimento da ciência trouxeram modificações significativas nas mais diversas atividades desempenhadas pelo homem, o sector da saúde tem sido exemplo disso, sempre em constante atualização num contexto progressivo e inovador adaptando-se às novas tecnologias e rentabilizando-as, aproveitando os recursos disponíveis.

Ao longo dos anos a plataforma Web tem potencializado a internet, tendo sofrido mudanças e alcançando uma sua segunda geração denominada Web 2.0.

Segundo Tim O'Reilly, o fundador da O'Reilly Media, a Web 2.0 é a transformação da Web numa plataforma de trabalho "*Web 2.0 is the network as platform, spanning all connected devices*"

Nos últimos anos, a internet através das ferramentas colaborativas da Web 2.0 e das Redes Sociais tem adquirido um espaço importante na educação para a saúde, através da partilha e troca de informação de saúde. Esta tem-se mostrado como uma ferramenta de transformação da sociedade e a sua utilização tem mais importância na educação, na saúde, nas empresas e até na vida pessoal.

Atualmente assiste-se ao aparecimento e melhoramento de inúmeras ferramentas Web 2.0. A maioria destas ferramentas são gratuitas e não exigem que o utilizador possua grandes conhecimentos de informática. Estas ferramentas de um modo geral são fáceis de utilizar, algumas mais abrangentes do que outras, umas mais genéricas, outras mais restritas. De um modo geral vão de encontro às necessidades dos vários utilizadores (Coutinho, Web 2.0: uma revisão integrativa de estudos e investigações, 2008).

As ferramentas Web2.0 mais utilizadas podem ser: o correio eletrónico, listas de correio eletrónico, a conversação em tempo real (chats), os fóruns, os blogs, pod cast, partilha de documentos on-line (wikis, Google docs), páginas web; Newsletter, redes sociais, entre outras.

As ferramentas colaborativas na internet têm como objetivos: suportar a realização de trabalhos em grupo, gerir o correio eletrónico de forma adequada e permitir gerir e partilhar documentos on-line. O impacto social das tecnologias informativas situa-se ao nível da pesquisa e partilha de informação, fiabilidade da informação, melhor comunicação à distância, coordenação de colaboradores dispersos geograficamente e uma nova dimensão na educação (Coutinho, Web 2.0: uma revisão integrativa de estudos e investigações, 2008).

A procura de informação generalizada na área da saúde na internet tem vindo a tornar-se uma atividade muito comum nas pessoas por todo o mundo. Nos EUA a procura de informação médica é a sétima atividade mais comum (56% dos utilizadores de internet afirmam ter acedido a informação sobre saúde no último ano) (Espanha, Cardoso, & Neto, 2007).

Em Portugal os temas e os tópicos pesquisados na internet relacionam-se mais com elementos ligados à saúde e bem-estar e não tanto a doenças propriamente ditas (Espanha, Cardoso, & Neto, 2007).

As tecnologias interativas podem ser mais atrativas para os doentes ou utentes pelo potencial de dar respostas personalizadas e individualizadas e de interagir conforme as necessidades dos doentes. Estas também permitem guardar informação que poderá estar disponível e oportuna sempre que se pretender.

Em termos de política de saúde, num governo anterior, o ministro da saúde Correia de Campos frisou que o funcionamento do sistema de saúde é mais eficiente e mais flexível quando adaptado e adaptável às necessidades dos cidadãos (Campos, 2007).

Segundo Correia de Campos “uma política de saúde consciente da evidência científica disponível procura construir e considerar toda a informação válida disponível e relevante para decidir sobre questões em causa, com o objetivo de ganhos em saúde de forma eficiente e efetiva” (Campos, 2007).

Continuando na linha de pensamento de Correia de Campos, com uma boa informação fornecida pode-se realizar avaliação económica de tecnologias em saúde, incluindo a terapêutica medicamentosa, ou avaliação das necessidades em saúde. E só com boa informação e com o apoio das novas tecnologias se pode garantir uma eficaz gestão da doença, do risco clínico e a avaliação necessária e transparente dos profissionais de saúde, das equipas e das instituições que prestam cuidados (Campos, 2007).

Atualmente, a base comunicacional profissional de saúde – utente é presencial, mas hoje em dia, também já se assiste a uma relação clínica que privilegia o contacto pelo telefone, carta e a internet, existindo ainda outras formas de comunicação na área da saúde.

As TIC oferecem hoje um variado leque de ferramentas ao dispor dos profissionais de saúde, tais como a telemedicina, as bases de dados clínicas on-line, a comunicação por e-mail com doentes, as bibliotecas virtuais de informação médica, a prescrição eletrónica de medicamentos, entre outras (Espanha & Cardoso, A saúde electrónica e as práticas de e-health em Portugal - Janus , 2009).

Atualmente a correspondência eletrónica tem adquirido um espaço importante na troca e nas relações interpessoais. A sua relevância e utilidade na área da saúde levaram à criação de orientações pelo Comité Permanente dos Médicos Europeus e pela American Medical Informatics Association para a correspondência eletrónica nos cuidados ao utente (Pinhão, Calisto, Pimentel, & Fernandes, 2009).

Perante esta realidade, será possível pensar no potencial da internet como meio de organização social no âmbito da saúde através da combinação de processos de comunicação e de informação, estando esse potencial a ser desenvolvido lentamente e de forma plena (Espanha & Cardoso, A saúde electrónica e as práticas de e-health em Portugal - Janus , 2009).

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 considera que a importância das TIC na saúde é cada vez maior. O impacto da sua utilização reflete-se quer sob o ponto de vista dos cidadãos quer sob o ponto de vista das instituições, sob diversos níveis e perspetivas. As TIC contribuem para a

promoção de cuidados de saúde e prevenção das doenças, pela prestação de cuidados de saúde e pela gestão dos sistemas de saúde, e para a interação entre todos os intervenientes do sistema no âmbito da sua dinâmica (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, 2012).

Da utilização das TIC em saúde surgem três conceitos: e-health (e-saúde), sistemas de informação em saúde e média e comunicação em saúde. Estes conceitos organizam-se sob a forma de três eixos e interagem entre si dum modo consequente (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, 2012).

O eixo e-saúde pretende contribuir como um novo modelo de relacionamento entre o cidadão e os profissionais de saúde, assente na partilha de informação. O principal veículo do e-saúde é a internet, o que permite uma crescente amplitude de utilização, com aplicações e ferramentas on-line. Atualmente torna-se incontornável o conceito web 2.0 e o potencial resultante da relação intercolaborativa entre utilizadores e prestadores desses serviços on-line, ou seja, torna-se incontornável o conceito e potencial da Saúde 2.0 ou Medicina 2 (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, 2012).

Neste plano de abordagem entende-se por sistemas de informação em saúde a utilização de ferramentas para as autoridades e profissionais de saúde, bem como, sistemas de saúde personalizados para os utentes, tais como, o registo de saúde eletrónico do utente, a telemedicina, e todo um conjunto de instrumentos de base tecnológica desenhados para a prevenção, diagnóstico, tratamento, monitorização e gestão da saúde do cidadão (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, 2012).

Por média e comunicação em saúde entende-se neste plano como as mensagens sobre saúde divulgadas pelos média massificados, e que contribuem de forma determinante para a construção individual e coletiva das representações sobre saúde e promoção da autonomia individual neste contexto (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, 2012).

Um estudo realizado em Portugal em 2009 por Rita Espanha e Gustavo Cardoso sobre a saúde eletrónica e as práticas de e-saúde em Portugal diz que em Portugal parece estar a haver um investimento na informação e comunicação aplicados à saúde, sendo uma tendência resultante de uma necessidade crescente de aplicações e sistemas de informação que otimizem os processos de cuidados de saúde prestados à comunidade, sejam eles de ordem clínica ou de ordem administrativa” (Espanha & Cardoso, A saúde electrónica e as práticas de e-health em Portugal - Janus , 2009).

Nos últimos anos tem-se assistido à evolução dos sistemas de informação da saúde a partir de uma perspetiva focalizada nas unidades de saúde para uma visão da sua integração em rede e

uma maior orientação para o cidadão. Para esta evolução foi fundamental a mudança nas infraestruturas, como a criação do registo nacional de utentes (RNU) e a implementação de um sistema de identificação e autenticação nacional que tornaram possível, de forma simples e com custos pouco elevados, instalar sistemas de acesso on-line (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, maio, 2012).

De entre os principais serviços disponibilizados referem-se como exemplo:

- * O e-SIGIC, que proporciona ao cidadão o acesso por internet o acompanhamento da evolução do tempo de espera para a cirurgia;
- * O e-agenda, que permite ao cidadão agendar uma consulta na sua unidade de saúde, nos Cuidados de Saúde Primários, através do portal da saúde para o seu médico de família;
- * A e-prescrição na doença crónica, que permite ao doente crónico solicitar, pela internet, novas receitas da sua medicação habitual sem ter de se deslocar à unidade de saúde;
- * A e-vacina, que permite a gestão, o registo e sobretudo o acesso à informação sobre as vacinas de cada cidadão que passa a estar disponível ao cidadão e ao profissional de saúde em qualquer unidade de prestação de cuidados, “acompanhando” o cidadão na sua mudança de residência e garantindo-lhe o acesso ao estado atualizado das suas vacinas.

Importa referir que o desenvolvimento das iniciativas suportadas nas tecnologias de informação e comunicação (TIC) está a induzir a criação de novos tipos de serviços, geralmente designados por ambiente assisted living ou ainda por web2.0, desenvolvidos para e com os cidadãos

Atualmente, nos serviços de saúde procura-se dar respostas aos novos desafios da saúde através da telemonitorização de parâmetros vitais, a teleassistência, a criação de redes sociais integrando profissionais, utentes e comunidades (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, maio, 2012).

Face ao envelhecimento da população, há necessidade de uma gestão adequada dos recursos de saúde e ao conseqüente aumento do peso das doenças crónicas, estas novas realidades ao serviço da saúde terão cada vez mais importância (Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, maio, 2012).

Um passo essencial na saúde será facultar informação e melhorar a consciencialização para haver mudanças de comportamentos ou práticas. É necessário transmitir e reforçar regularmente e de várias formas as mensagens relacionadas com a saúde no sentido de informar e educar a totalidade das populações (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

De um modo geral os recursos oriundos das tecnologias informáticas são uma mais-valia aplicados quer na gestão dos serviços de atendimento aos utentes quer no apoio aos profissionais de saúde nas mais diversas prestações de cuidados de saúde (Brás-Gomes & Patricio, 2008).

Em Portugal, o acesso à internet a partir do lar aumentou mais de 18 vezes no período entre 1997 e 2007, passando de 2,4% para 44,6%. O uso de ferramentas Web na prática clínica é ainda um fenómeno pouco utilizado (Pinhão, Calisto, Pimentel, & Fernandes, 2009).

Um estudo efetuado na USF Marginal, Centro de Saúde de Cascais em 2008 sobre a Implementação da comunicação médico-doente via endereço eletrónico na consulta de medicina geral e familiar conclui que o e-mail poderá ser um importante complemento da consulta presencial, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a gestão do tempo dos profissionais de saúde. Este estudo obteve resultados semelhantes aos obtidos noutros estudos e concordantes com as recomendações europeias e norte-americanas (Pinhão, Calisto, Pimentel, & Fernandes, 2009).

Um outro estudo realizado na Coreia do Sul demonstrou que uma intervenção por SMS através do telemóvel, efetuada por um enfermeiro, pode ajudar os doentes a conseguir um melhor controlo dos seus níveis de glicemia. Num ensaio controlado, os doentes enviaram semanalmente os níveis automonitorizados de glicemia e informações relativas aos medicamentos através da internet ou de SMS. Os dados foram interpretados à luz do registo médico pessoal do indivíduo e fizeram-se recomendações relativas à alimentação, exercício ou medicamentos, por exemplo: "A falta de exercício pode ser a causa do nível de glicose agravado" ou "Queira verificar a quantidade de alimentos que ingere". Este contacto ou feedback regulares podem ter motivado os doentes a controlar os níveis de glicose. A HbA1c diminuiu 1,15% aos três meses e 1,05% aos seis meses, em comparação com a situação basal no grupo de intervenção. Os doentes no grupo de intervenção tiveram uma redução pós- prandial passadas duas horas (GPP2H) de 85,1mg/dl aos três meses e de 63,1mg/dl aos seis meses, em comparação com a situação basal (Hee-Seung *et al.* 2007) (Enfermeiros, Conselho Internacional, 2010).

4.4. UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS INFORMÁTICAS NO DOMÍNIO DA SAÚDE ON-LINE

A utilização em conjunto das ciências de engenharia informática e de medicina no domínio da saúde leva-nos a “olhar” de forma diferente para a telesaúde e telemedicina como uma forma mais próxima de estar com os utentes em tempo e espaço útil, salientando vantagens e benefícios para os utentes, médicos, enfermeiros, técnicos de saúde, gestores e outros agentes do nosso sistema de saúde.

O conhecimento nestas áreas tem levado a sugerir alguns projetos para Portugal, em áreas como a telemedicina e telesaúde, permitindo a acessibilidade ao diagnóstico, facilitando assim um melhor planeamento das unidades de saúde, reduzir custos e melhorar o nível de serviço aos utentes.

Enquanto avança a ciência e a prática da promoção da saúde por internet, é necessário um programa sistemático de pesquisa e monitorização desse impacto na saúde.

No âmbito da teleradiologia, telehemodinâmica, teleelectrocardiografia já existe alguma experiência, no que se refere à telesaúde está a dar os primeiros passos.

A telesaúde utiliza equipamentos de telecomunicação e tecnologia digital possibilitando cuidados de saúde à distancia, nomeadamente a monitorização de sinais vitais, em locais como a casa do utente (domicílio), um lar de idosos ou locais onde o Serviço Nacional de Saúde tem acordos para cuidados de saúde continuados.

Brevemente, num futuro próximo a utilização da web na acessibilidade aos registos médicos será uma rotina na relação entre instituições (centros de saúde / hospitais) e entre utentes e centros de saúde (Brás-Gomes & Patricio, 2008).

Portugal, com o Plano Tecnológico lançado por sucessivos governos (uma das mais importantes iniciativas para a inovação e desenvolvimento) está em condições de ser pioneiro neste desenvolvimento tecnológico, apresentando reduções de custos significativos e maior eficácia nas decisões médicas.

A utilização da telesaúde permitirá a monitorização de sinais vitais, salientando alguns como o peso, a temperatura, pulso, tensão arterial, a glicose no sangue, saturação de oxigénio, ECG, etc. Alguns sistemas permitem e têm a capacidade de fornecer informação de saúde aos utentes,

favorecendo ações preventivas e criando alertas a enfermeiros e médicos que podem por contacto direto com o utente, mudar terapêutica e hábitos sem que seja necessário recorrer a novas consultas e obviamente a futuros internamentos (Monteiro, 2008).

Alguns fatores são decisivos para a utilização de telesaúde e telemedicina em Portugal:

- * Necessidade de reduzir custos com a saúde, melhorando os níveis de serviço;
- * Necessidade de reduzir a “pressão” nas urgências dos hospitais;
- * O contínuo envelhecimento da população portuguesa;
- * Necessidade de reduzir o tempo de hospitalização dos doentes, nomeadamente dos doentes crónicos;
- * A importância da diminuição dos custos com o transporte dos utentes e a sua qualidade de serviço;
- * As tecnologias como as telecomunicações móveis 3G, tecnologias Wireless, Bluetooth e redes Wimax;
- * A estratégia do Plano tecnológico com a utilização massiva da internet da banda larga.
- * Melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos;
- * Maior envolvimento e responsabilização do doente no controlo e prevenção de complicações da doença;
- * Maior acessibilidade no contacto entre o profissional de saúde e o doente sem que haja aumento dos custos;

A telesaúde está mais direcionada para a prevenção e rastreio duma população não doente. Num futuro recente vai ser possível efetuar o controlo remoto da medicação (diabetes, hipocoagulação oral, hipertensão arterial), sem que isso seja sinónimo dum afastamento médico do utente/ doente, mas antes um maior contato e disponibilidade médica e dos serviços de saúde.

Com tudo isto, o grande objetivo é colocar a telesaúde ao serviço da gestão adequada ao regime terapêutico na diabetes é obter qualidade de vida mais próxima da normal. Para que isto aconteça é necessário que os doentes possuam uma maior consciência da sua doença, orientação e acompanhamento adequado de modo a manter controlada doença.

Comunicação e Influência

Atualmente no mercado das TIC existem várias empresas como por exemplo a TECBRAEuropa que opera com o apoio da INTEL e que disponibiliza no mercado da saúde equipamentos e soluções para a Telesaúde.

Estas tecnologias permitem cuidados de saúde à distância, utilizando a internet e as comunicações móveis em locais como o domicílio dos doentes, lares da 3ª idade, misericórdias, hospitais centrais e de retaguarda, unidades de saúde, assim como outros onde o Serviço Nacional de Saúde tenha acordos para cuidados de saúde continuados

Estas soluções tecnológicas permitem a telemonitorização de sinais vitais e biológicos, também alguns destes equipamentos têm a capacidade de fornecer informações aos doentes, favorecendo ações preventivas e criando alertas aos técnicos de saúde, enfermeiros e médicos que podem por contacto direto com o doente, mudar terapêuticas e hábitos sem que seja necessário recorrer a novas consultas e impedindo futuros internamentos (Europa, Tecbra, 2008).

Face a esta forma de comunicar em saúde a União Internacional de Telecomunicações (UTI) constatou que, até ao fim desta década, estarão em funcionamento mais de 55 bilhões de dispositivos de comunicação móvel, sendo 12 bilhões de smartphones e tablets (Albuquerque & Netto, 2011).

Os telefones com internet e os tablets são verdadeiros computadores capazes de fazer cálculos complexos, de se georreferenciar e de permitir comunicar em tempo real, permitindo a comunicação e troca de informação nas duas direções, entre o médico e o doente ou entre o serviço de saúde público e o serviço de saúde privado (Albuquerque & Netto, 2011).

Assim, nasce o termo m-health (m-saúde), criado recentemente para incluir práticas que usam dispositivos móveis.

Em 20 de agosto de 2012 foi publicado no New York Times, que os médicos num futuro próximo vão poder receitar aplicações para smartphones, ou seja, antes da consulta o médico pode receitar algumas aplicações para monitorizar a condição física, para mais facilmente e rapidamente poder recolher todas as informações antes da visita presencial. Esta ideia está a ser apoiada pelo Lee Perlman, diretor geral da Happtique (braço de negócios da Greater New York Hospital Association) (Brustein, 2012).

CAPÍTULO V.

MODELO CONCEPTUAL DE GESTÃO DA
COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE
GESTÃO ADEQUADA DA DIABETES
ATRAVÉS DA WEB2.0

5.1. MODELO CONCEPTUAL – GESTÃO DA COMUNICAÇÃO / GESTÃO ADEQUADA DA DIABETES

Atualmente coloca-se um novo paradigma na comunicação em saúde, os profissionais de saúde devem-se tornar cada vez melhores comunicadores e utilizadores das tecnologias de informação (Teixeira, 2004).

Neste novo paradigma da comunicação, os serviços de saúde devem aumentar o nível de participação dos utentes, estimular uma participação mais proactiva recorrendo às novas tecnologias disponíveis através da Internet e dos meios de comunicação social como por exemplo o uso do telemóvel com internet e aplicativos ligados à saúde. O essencial é aumentar a acessibilidade à informação de saúde, bem como o contacto com os profissionais de saúde e serviços de saúde diminuindo assim custos e consequências graves de saúde (Teixeira, 2004).

A Figura 8 esquematiza como se podem articular vários intervenientes no processo de comunicação em rede, após um fluxo de informação.

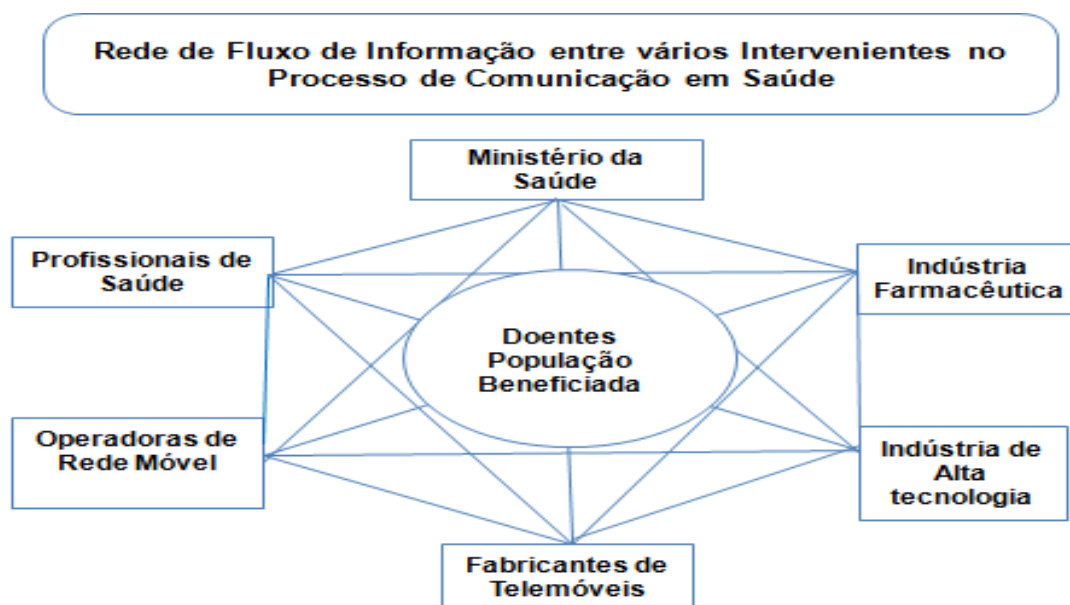


Figura 8. Rede de Fluxo de Informação entre vários Intervenientes no Processo de Comunicação

Fonte: Publicado em "A mídia eletrónica na educação em diabetes: Internet e outras tecnologias" (Albuquerque & Netto, 2011)

Nesta rede de fluxo de informação, os intervenientes no centro do processo comunicacional são os dentes ou a população beneficiada que interage com os profissionais de saúde, os fabricantes de telemóveis os operadoras de rede móvel, o ministério da saúde, a indústria farmacêutica a Indústria de Alta, e os fabricantes de telemóveis. Os intervenientes interagem entre si próprios e em simultâneo com o doente ou a população beneficiada.

Os resultados esperados desta interação é mais equidade, melhor acesso aos cuidados de saúde, melhores resultados clínicos, maior produtividade, maior automonitorização, mais educação para a saúde, maior fluxo de informação, maior intercomunicação entre setores públicos e privados e assim obter mais qualidade de vida a um menor custo (Albuquerque & Netto, 2011).

Sendo assim, a educação e promoção de estilos de vida saudáveis e a adesão ao tratamento da diabetes constitui um enorme desafio para doentes, profissionais de saúde, organizações governamentais e comunidades.

A comunicação centrada no doente, e a entrevista motivacional contribuem eficazmente para a promoção da adesão ao tratamento e satisfação dos doentes, assim como, melhoria clínica, promoção da qualidade de vida e bem-estar, diminuindo o abandono das consultas, melhoria da gestão do tempo disponibilizado para a consulta e envolvimento do diabético e família no processo de gestão adequado da diabetes

Assim sendo, através da Figura 9 pode-se falar num novo Ciclo Comunicacional em Saúde.

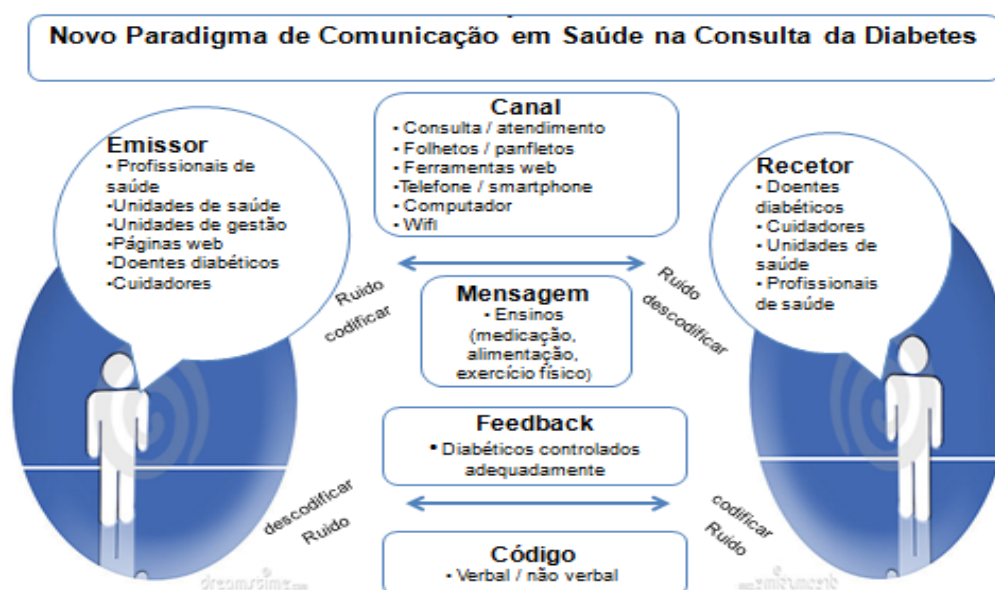


Figura 9. Novo Paradigma de Comunicação em Saúde

Tabela 10 - Resumo dos Intervenientes no Ciclo Comunicacional em Saúde na Web 2.0

EMISSOR	CANAL	RECETOR
Profissionais de Saúde	Consulta/Atendimento	Doentes
Unidades de Saúde	Folhetos/Panfletos	Cuidadores
Unidades de Gestão	Ferramentas web(Unidades de Saúde
Paginas Web2.0	Telefone/smartphone	Profissionais de Saúde
Doentes Diabéticos	Computador	
Cuidadores	wifi	

5.2. FERRAMENTAS WEB QUE PODEM CONTRIBUIR PARA A GESTÃO ADEQUADA DA DIABETES

Atualmente está-se a assistir, através da Web, a ambientes e a aplicações que facilitam o acesso à informação sensíveis aos utilizadores, à situação geográfica, às tarefas que se está a realizar, que se adaptam ao contexto em que se está inserido e às pessoas a que se está ligado, ou seja, capaz de fornecer feedback adaptável ao utilizador e ao contexto.

As ferramentas Web são grande parte gratuitas, de fácil utilização e as suas potencialidades são grandes quando usadas convenientemente.

Neste momento, as ferramentas Web 2.0 estão a tornar a Web numa plataforma de produção e a sua inclusão nos dispositivos móveis está em expansão ao serviço da educação para a Saúde e Promoção e Vigilância da Saúde.

A combinação dos telemóveis, das tecnologias de informação e comunicação e de uma pedagogia adequada podem ser um grande auxílio no processo de aprendizagem de Cuidados de Promoção e Vigilância de Saúde.

De seguida faz-se uma análise a algumas ferramentas web ao serviço da gestão adequada da Diabetes, nomeadamente: um Portal da Diabetes com várias aplicações que permitam ao doente esclarecer dúvidas, consultar informação, colocar questões (FAQ) e obter respostas específicas

em tempo útil, a Monitorização e Vigilância, um Fórum, a utilização de uma Newsletter, de Correio Eletrónico ou mesmo de Lista de Correio Eletrónico.

Em torno de cada uma destas ferramentas faz-se uma análise ao contributo ou utilização e aos riscos que cada uma delas pode oferecer à gestão ao regime terapêutico adequada na Diabetes, terminando com as limitações e exemplos práticos dos CSP.

Na tabela nº10 pretende-se visualizar a utilização prática que pode oferecer um Portal da Diabetes, quer a Diabéticos, Cuidadores ou Profissionais de Saúde. Também pretende-se refletir sobre os riscos da sua utilização e ainda visualizar alguns exemplos práticos vivenciados no dia-a-dia numa USF ou nos CSP. Pode-se constatar que um Portal da Diabetes é um local muito completo de informação, essencial para qualquer diabético, que informa e atualiza conhecimentos e que se preocupa com os seus utilizadores. No entanto, existem riscos inerentes à sua utilização como a interpretação incorreta das mensagens.

Tabela 11 - Utilização da Web a partir do Portal da Diabetes

Utilização:	<ul style="list-style-type: none"> * Divulgar cuidados específicos a ter com a diabetes; * Atualizar conhecimentos de promoção da saúde do diabético; * Consultar diferentes links de apoio ao diabético; * Pesquisar vários temas sobre a diabetes; * Consultar informação acerca da doença, prevenção e tratamento; * Esclarecer dúvidas da doença; * Chegar a diferentes públicos – alvo, específicos (doentes, profissionais de saúde, cuidadores, organizações de saúde); * Utilizar níveis de informação de acordo com os utilizadores; * Registrar-se e fidelizar-se com o portal;
Limitações:	<ul style="list-style-type: none"> * Necessidade de assegurar a linguagem aos diferentes tipos de utilizadores; * Apresentar uma configuração de difícil consulta e pouco atrativa ou esclarecedora; * Necessidade de atualizações permanentes; * Dificuldade no domínio das tecnologias informáticas e web;

Riscos:	<ul style="list-style-type: none">* Risco de informação ficar obsoleta; desatualizada;* Risco de interpretação incorreta da mensagem;* Risco da subjetividade;* Risco de não ser dirigido para o público mais utilizador do portal
Exemplos:	<ul style="list-style-type: none">* Portal da USF onde está inscrito;* Portal da Diabetes, particular, da sua confiança;* Portal da Diabetes sugerido pela equipa de saúde;* Portal sugerido por inter pares;

A Monitorização e vigilância através da automonitorização da glicemia capilar é uma atividade de gestão ao regime terapêutico crucial. Atualmente o registo da glicemia capilar faz-se manualmente para o livro de registo mensal, mas é frequente o seu esquecimento no dia da consulta, sendo ainda pouco valorizado quer por doentes quer ainda por alguns profissionais. A sua utilização através da web permite colmatar este erro e trazer mais credibilidade e importância à monitorização e ao registo. A tabela nº11 permite refletir sobre a utilização da monitorização e vigilância da diabetes através da web. Da análise da tabela 11 pode-se constatar que alguns destes riscos conseguem-se minimizar quando a passagem dos registos for diretamente da máquina de glicemia capilar para a plataforma informática.

Tabela 12 - Utilização Web para Monitorização e Vigilância da Diabetes

Utilização:	<ul style="list-style-type: none"> * Registrar o perfil glicémico num intervalo de tempo em mapa de Excel; * Visualizar graficamente o perfil glicémico; * Visualizar num período de tempo qual foi o perfil glicémico do doente; * Visualizar mapa de administração de insulinas; * Acompanhamento permanente de um profissional de saúde; * Incentivar o autocuidado, maior consciencialização e responsabilização; * Maior credibilidade dos registos quando valores descarregados diretamente para a plataforma informática;
Limitações:	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de conhecimentos da forma de registos; * Dificuldade em perceber o mapa de registos; * Necessidade de estar ligado à Internet; * Dominar com dificuldade as ferramentas web e as tecnologias informáticas;
Riscos:	<ul style="list-style-type: none"> * Erros involuntários do registo dos valores do dia e da hora; * Erros voluntários por falsificação de resultados; * Ignorar a importância dos registos para análise pelo profissional de saúde; * Não descarregar os registos para a plataforma;
Exemplos:	<ul style="list-style-type: none"> * Registo de glicemias no mapa e visualização gráfica; * Não haveria o esquecimento frequente do perfil glicémico na consulta; * Quando o doente vem para a consulta o profissional de saúde já fez a sua avaliação prévia e para assim estruturar melhor e mais rápido os ensinamentos; * Adequar os ensinamentos face ao perfil glicémico; orientar a consulta conforme o perfil glicémico; * Adequar os ensinamentos de acordo com o perfil glicémico;

Continuando na análise às ferramentas web, o Fórum é uma ferramenta que também permite, de um modo geral, atualização de conhecimentos e informação de um determinado tema ou assunto. Na tabela nº12 pode-se analisar a sua utilização prática na promoção da saúde do diabético. Como se pode constatar também tem as suas limitações e riscos associados, no entanto é de salientar a sua utilidade prática permitindo um maior envolvimento consciente por parte dos doentes na gestão adequada da doença.

Tabela 13 - Utilização Web do Fórum da Diabetes

Utilização:	<ul style="list-style-type: none"> * Pesquisar informação atual; * Esclarecer dúvidas; * Colocar questões; * Participar com resposta e questões com pares; * Obter informação atual e novidades científicas; * Participação mais ativa nos cuidados; * Envolvimentos mais ativo dos profissionais de saúde; * Envolvimento de comunidades de diabéticos, de profissionais de saúde, de investigadores; * Diminuir o isolamento;
Limitações:	<ul style="list-style-type: none"> * Demora nas respostas; * Incoerência nas respostas; * Confusões nas respostas; * Respostas e comentários feitos por não especialistas que podem induzir em erro; * Dificuldade de colocação de questões;
Riscos:	<ul style="list-style-type: none"> * Colocação de questões de forma subjetiva; * Colocação de respostas inapropriadas ou generalizadas; * Utilização inadequada de respostas como resolução de outro problema; * Interpretação subjetiva;
Exemplos:	<ul style="list-style-type: none"> * Os doentes estão mais participativos na gestão da sua Diabetes; * Partilha e troca de ideias com outros doentes e profissionais de saúde; * Participar em eventos no âmbito da Diabetes comemorados nacionalmente e anualmente; na sua USF; * Participar em eventos científicos;

Continuando no mundo das ferramentas web, a aplicação de questões faz parte do Portal da Diabetes mas por ser um item bastante importante é abordado em separado porque possibilita um maior acesso a esclarecimento de dúvidas ao diabético ou cuidador em tempo útil e maior acessibilidade aos profissionais de saúde. Na tabela nº13 pode-se analisar algumas destas vantagens mas também algumas limitações que podem prejudicar bastante o Diabético

Tabela 14 - Utilização Web de Perguntas mais Frequentes na Diabetes (FAQ)

Utilização:	<ul style="list-style-type: none"> * Colocar duvida, questões; * Esclarecer práticas com pares ou profissionais; * Obter resposta em tempo útil; * Colocar perguntas sem ter de se expor, identificar; * Permite aos profissionais de saúde saber quais são as perguntas as dúvidas mais frequentes, * Permite aos profissionais programar sessões de educação para a saúde mais adequadas às necessidades dos diabéticos, após análise pormenorizada nas questões mais frequentes; * Esclarecer dúvidas aos diabéticos, sem que estes tenham necessidade de faltar ao emprego; * Libertar os profissionais de saúde e as organizações de questões de esclarecimento rápido;
Limitações:	<ul style="list-style-type: none"> * Demora nas respostas; * Confusão nas respostas; * Várias respostas para uma mesma pergunta; * Não permitir visualizar expressões manifestadas durante uma comunicação presencial;
Riscos:	<ul style="list-style-type: none"> * Risco ético; * Interpretar para o próprio respostas que não se adequam ou não se aplicam ao seu caso; * Tentativa de substituir o acompanhamento do profissional de saúde por um não presencial; * Erro de interpretação da resposta: * Linguagem utilizada não adequada ao diabético; * Generalização de outras respostas para a sua pergunta;
Exemplos:	<ul style="list-style-type: none"> * O que é mais importante é a glicemia em jejum ou a glicemia antes das refeições? * Quando estou com o açúcar a 70 é alto ou baixo? * O açúcar a 120 em jejum está bem? * Quias os cuidados a ter com os pés?

Continuando a analisar as ferramentas web ao serviço da gestão ao regime terapêutico na diabetes podemos, também constatar que a Newsletter é mais uma ferramenta que muito pode contribuir com a informação periodicamente, esclarecendo, educando e promovendo a saúde do diabético. Através da tabela nº14 pode-se constatar algumas dessas vantagens e limitações.

Tabela 15 - Utilização Web da Newsletter na Diabetes

Utilização:	<ul style="list-style-type: none"> * Informar periodicamente (semanalmente, mensalmente, ou trimestralmente) acontecimentos, notícias sobre a problemática * Noticiar acontecimentos, estudos, experiências sobre determinadas áreas da Diabetes, de interesse para a lista de doentes diabéticos. * Informar do que se faz a nível mundial, nacional e local para controlar a diabetes;
Limitações:	<ul style="list-style-type: none"> * Repetição de acontecimentos; * Periodicidade desadequada às necessidades dos diabéticos; * Conteúdos desadequados face às necessidades dos seus utilizadores;
Riscos:	<ul style="list-style-type: none"> * Linguagem ou discurso desadaptado dos leitores; * Má interpretação da mensagem transmitida;
Exemplos:	<ul style="list-style-type: none"> * Envio de notícias, estudos, novidades sobre vigilância, controlo e inovação da Diabetes; * Divulgação: de relatórios da diabetes em Portugal; * Divulgação de eventos sobre a Diabetes na Unidade de Saúde Familiar, nas Organizações de Saúde, na Comunidade; * Divulgação de metas atingidas nos indicadores; * Sinalização da comemoração do dia Mundial da Diabetes;

Falando do correio eletrónico, também sendo uma ferramenta muito usada nos nossos dias pelo cidadão comum, ao dispor da saúde ainda constitui uma novidade, quer para doentes quer para profissionais de saúde e muito mais na gestão da diabetes. Com a tabela nº15 pode-se constatar que o correio eletrónico pode ser bastante útil e que poderá trazer redução de custos na saúde com telecomunicações, com o envio atempada de mensagens, muito útil na gestão ao regime terapêutico na Diabetes. Também existem risco inerentes à sua utilização assim como a incerteza que a mensagem foi lida ou a demora de leitura do email, etc.

Tabela 16 - Utilização Web de Correio Eletrónico (email) no Âmbito da Diabetes

Utilização:	<ul style="list-style-type: none"> * Enviar avisos, indicações; documentação/ ficheiros; * Esclarecer duvidas, preservando a privacidade do doente; individuais * Estimula a intervenção dos doentes mais tímidos; * Permitir uma intervenção mais ativa; * O envio rápido e barato de convocações, alertas, informações importantes;
Limitações:	<ul style="list-style-type: none"> * Incerteza que a mensagem foi lida; * Demora na leitura da mensagem de caracter urgente, deixar passar o tempo apropriado para ler a mensagem; * Despersonalização; * Necessidades de atualização de email;
Riscos:	<ul style="list-style-type: none"> * Incerteza que o correio foi lido; * Mandar correio para alguém que já faleceu; * Interpretação desadequada da mensagem; * Ficar alguém sem receber a mensagem!
Exemplos:	<ul style="list-style-type: none"> * Envio mensal do mapa de registos de autovigilância de glicemias capilares; * Colocação de dúvidas sobre o ajuste de insulina a administrar face aos resultados das pesquisas de glicemias; * Mandar avisos sobre eventos da Diabetes;

Para terminar, a tabela nº16 mostra que a lista de correio eletrónico também funciona muito semelhante ao correio eletrónico, permite mandar mensagens para uma grande lista de associados ou membros integrantes. Na tabela que se segue pode-se analisar questões práticas da sua utilização na gestão ao regime terapêutico na diabetes. Quanto aos riscos também pode haver o risco de a mensagem não ter sido lida, ou nem sequer ter chegado.

Tabela 17 - Utilização Web de Lista de Correio Eletrónico no Âmbito da Diabetes

Utilização:	<ul style="list-style-type: none"> * Permitir a discussão ente um grupo de pessoas, trocar mensagens via e-mail com todos os membros inscritos na lista; * Permite o envio de mensagens, notícias para um grupo de diabéticos, agrupados numa lista, * Evita-se de mandar mensagens uma a uma, manda-se para uma lista; * Receção de informação/notícias de um determinado tema; * Trocar e partilhar informação entre diabéticos; profissionais de saúde, cuidadores, serviços de saúde; * Atualizar constantemente os conhecimentos; * Solicitar ao grupo informações sobre um determinada área da diabetes; * Permitir o envio rápido e barato para um grande nº de utilizadores;
Limitações:	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de privacidade, ou seja, num meio pequeno onde todos se conhecem mais facilmente ficam a saber o e-mail e usar para outros fins que não seja no âmbito da Diabetes; * Não permitir personalizar resposta; * Despersonalizar o individualismo; * Necessidade de atualização constante das listas;
Riscos:	<ul style="list-style-type: none"> * Risco desconfortável demandar mensagem para alguém que já faleceu algum tempo; * Não ir para alguém da lista; * Não ser lido;
Exemplos:	<ul style="list-style-type: none"> * Lista de diabéticos; * Lista de diabéticos insulino-tratados; * Lista de diabéticos com anti-diabéticos orais; * Lista de diabéticos por idade, género, etc; * Lista de diabéticos com gestão ao regime terapêutico adequado; * Lista de diabéticos com idade inferior a 75 anos * Lista de diabéticos com idade superior 75 anos

Após análise de algumas ferramentas Web pode-se constatar que a sua aplicabilidade seria útil à gestão adequada da Diabetes.

Sendo assim, há necessidade de explorar as ferramentas Web2.0 e os dispositivos móveis, como ferramentas de aprendizagem de conhecimento em Saúde e obter partido das potencialidades.

CAPÍTULO VI.

CONCLUSÃO E REFLEXÃO

6.1. CONCLUSÃO E REFLEXÃO

A Diabetes é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade e a sua prevalência aumenta muito com a idade, atingindo ambos os sexos e todas as idades. Sendo uma doença com vários tipos de complicações associados, e um dos grandes objetivos é o acompanhamento dos doentes no sentido da redução efetiva de complicações.

Ao longo dos tempos têm sido estabelecidos protocolos de colaboração com o Ministério da Saúde, com as pessoas diabéticas, com a comunidade científica, com a indústria farmacêutica, com os distribuidores de produtos farmacêuticos, com as farmácias, que visam a congregação de esforços no sentido de melhorar a acessibilidade das pessoas Diabéticas aos dispositivos indispensáveis à autovigilância e ao autocontrolo da Diabetes, no entanto existem vários fatores que impedem uma gestão eficiente da doença.

O aumento global das taxas de incidência da Diabetes no mundo ao longo das últimas décadas, indicam uma falha num pilar fundamental na gestão ao regime terapêutico da diabetes, que é a prevenção.

A população em geral e os doentes crónicos em particular, ouvem frequentemente, da parte dos governos, que é sua responsabilidade alterar hábitos e estilos de vida. A par desta responsabilidade, é imperativo envolver a população e os doentes na reorganização do sistema de saúde, permitindo que este se adapte melhor às suas necessidades, bem como realçar a obrigação.

Assim com a participação do cidadão ativo e interessado em contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde, se conseguirá a mudança assente num papel ativo de cada um.

O diagnóstico precoce e a intervenção atempada diminuem substancialmente o risco de complicações na Diabetes, pelo que as pessoas com Diabetes controlada terão melhores índices de saúde e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Como se pode constatar, o crescimento da Diabetes constitui um desafio à sociedade e ao sistema de saúde, ao qual urge dar resposta, tal como foi salientado na Resolução de 14 de março de 2012 do Parlamento Europeu.

A Diabetes foi identificada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 como um dos problemas de saúde prioritários da população portuguesa e neste contexto, surge o Despacho N°3052/2013, de

26 de fevereiro de 2013 que cria Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes (UCFD), que visam a coordenação de cuidados entre níveis de cuidados essenciais para a melhoria de todos os processos de assistência e acompanhamento na Diabetes.

Este modelo organizacional da prestação de cuidados especializados, que se preconiza, pretende melhorar as medidas de prevenção e controlo da Diabetes, através da promoção, da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção, da multidisciplinariedade e da participação de todas as instituições envolvidas, com particular destaque para as organizações da sociedade civil e local.

Neste modelo organizacional, a educação para a saúde e para a autogestão da doença, providenciada por uma equipa multidisciplinar, altamente diferenciada, acessível aos níveis de cuidados adequados e com tempos de acesso apropriados, permite elevados padrões de qualidade nos cuidados, melhoria dos indicadores clínicos, diminuição da letalidade e da morbilidade atribuível, com conseqüente incremento do grau de satisfação para a pessoa com Diabetes.

Uma vez que a evolução tecnológica incute novas formas de comunicação que se tornam essenciais no modo como a sociedade interage, quer a nível interpessoal, quer na relação entre as organizações, também poderá ser utilizado ao serviço da saúde dos cidadãos.

Após análise e reflexão, é desejo que num futuro próximo se coloque em prática a utilização das tecnologias de informação e comunicação ao serviço de uma adequada gestão ao regime terapêutico da Diabetes.

Bibliografia

Albuquerque, D. R., & Netto, D. A. (2011). *A mídia eletrônica na educação em diabetes: internet e outras tecnologias*. Obtido em 23 de 08 de 2012, de E-Book, Diabetes na Prática Clínica: <http://www.diabetesebook.org.br/>

Assal, J.-P., & al, e. (2010). *Guia do Cidadão na Doença Crónica para uma cidadania na saúde*. (F. S. Rosário, & J. M. Boavida, Trads.) Lisboa: Edições Colibri.

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (apdp). (2009). *Diabetes Tipo2 - Um Guia de Apoio e Orientação*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas,Lda.

Brás-Gomes, A., & Patricio, I. (31 de Outubro de 2008). *Um "Novo Olhar" para a Medicina em Portugal: A Telemedicina e a Telesaúde*. (n. (. Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde, Ed.) Obtido em 2013, de <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasaude/article/view/25>

Brustein, J. (19 de agosto de 2012). Coming Next: Using an App as Prescribed. *The New York Times* , http://www.nytimes.com/2012/08/20/technology/coming-next-doctors-prescribing-apps-to-patients.html?pagewanted=all&_r=0.

Campos, A. C. (2007). Um Sistema Nacional de Saúde baseado na evidência científica: na clínica, na gestão e na política de saúde. In P. d. Saúde (Ed.), *Comunicação do Ministro da Saúde no Encerramento do Seminário Ordemos Médicos e FLAD*. Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento.

Candeias, A. C., Boavida, J. M., Correia, L. G., Pereira, M., Almeida, M., & Duarte, R. (2008). Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes.

CNI-SESI Confederação Nacional da Industria - Serviço Social da Industria. (2008). *Perspectivas para o Século XXI: Tendências socioeconómicas e Científico- tecnológicas*. (C. N.-s. Industria, Ed.) *Volume 3*.

Coutinho, C. P. (2008). *Web 2.0: uma revisão integrativa de estudos e investigações*. (C. A. Universidade do Minho, Ed.) Obtido em 2013, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8462/1/ClaraF001.pdf>

Coutinho, C. P., & Junior, J. B. (6-8 de setembro de 2007). *Comunicação e Cidadania - Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação*. (B. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade - Universidade do Minho, Ed.) Obtido em 2013, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7770/1/Sopcom.pdf>

Departamento de Contratualização, Administração Regional de Saúde. (1 de janeiro de 2013). *Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários*. (M. d. Saúde, Ed.) Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/R_DOC_BI_01_DETALHADO_2013_01_11.pdf.pdf

Dicionário da Língua Portuguesa 2006. (2006). Porto: Porto Editora.

Dinarés, C. G. (2006). *Comunicar. com Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 5º curso de Mestrado em "Comunicação em saúde".

Enfermeiras, Conselho Internacional. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)* (3ª edição ed., Vols. Versão Beta 2, 3ª edição). (A. Madeira, L. Abecasis, & T. Leal, Trads.) Lisboa, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Enfermeiros, Conselho Internacional. (2010). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica*. (O. d.-A. 2010, Ed., & D. H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Enfermeiros, Conselho Internacional;. (2009). *Servir a Comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. (D. H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Espanha, R. (6-8 de setembro de 2007). *A Saúde na Sociedade de Informação*. (B. Universidade do Minho - Comunicação e Cidadania - Atas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação, Ed.) Obtido em 2013, de <http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/5sopcom/article/download/184/180>.

Espanha, R., & Cardoso, G. (2009). *A saúde electrónica e as práticas de e-health em Portugal - Janus*. Obtido em 2013, de http://janusonline.pt/2009/2009_2_23.html#dados

Espanha, R., Cardoso, G., & Neto, P. P. (2007). *Conteúdos de Saúde On-line: GOOGLE, WWW e Blogues*. (I. S. Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, Ed.) Obtido em 2012, de <http://sei.iscte.pt/docs/conteudos.pdf>

Espanha, R., Mendes, R. V., Fonseca, R. B., & Correia, T. (janeiro de 2013). *Direção Geral da Saúde - "O lugar e papel da internet na saúde: contributos do caso português"*. (R. C. Saúde, Ed.) Obtido em 2013, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018283.pdf>

Europa, Tecbra. (2008). *TECBRA Europa*. Obtido em agosto de 2012, de www.tecbra.com/index.php?option=com_docman&task...

Europeu, P. (12 de março de 2012). *Resolução do Parlamento Europeu Sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na EU*. Obtido em 2013, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017142.pdf>

Federation, International Diabetes. (dezembro de 2012). *IDF Diabetes Atlas*. Obtido de <https://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/europa?language=es>

Lisbone Internet and Networks International Programme. (2010). *A Utilização da Internet em Portugal, 2010*. Obtido de http://www.unic.pt/images/stories/noticias/Relatorio_LINI_UMIC_InternetPT.pdf

Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde. (2012). *Operacionalização do Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*. (G. T. 2011-2016, Ed.) Obtido em 2012, de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?id=5519>

Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde. (maio, 2012). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS - 2012*. Lisboa: Direção Geral da Saúde - Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, D. G. (14 de janeiro de 2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus - Circular Normativa Nº 002/2011.

Ministério da Saúde, D. G. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Políticas Transversais - Tecnologias de Informação e Comunicação.

Ministério da Saúde, D. G. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 "3.1 Eixo Estratégico - Cidadania Em Saúde". Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde, D. G. (14 de novembro de 2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes - Circular Normativa Nº23/DSCS/DPCD.

Ministério da Saúde. (26 de fevereiro de 2013). Despacho nº3052/2013. (D. d. Nº40, Ed.)

Monteiro, M. H. (2008). *A telemedicina como um vector de profunda transformação no espaço da saúde e do bem estar*. (F. d.-V. Universidade Nova de Lisboa, Ed.) Obtido em 2013, de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4859/1/210.pdf>

Observatório Nacional da Diabetes. (2010). *Diabetes: Factos e Números 2010*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Observatório Nacional da Diabetes. (2011). *Diabetes: Factos e Números 2011*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Observatório Nacional da Diabetes. (02/2013). *Diabetes: Factos e Números 2012 Portugal*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Obsevatório Nacional da Diabetes. (2009). *Diabetes: Factos e Números 2009*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Organização Mundial da Saúde - Declaração de Jacarta. (21-25 de julho de 1997). *Portal da Saúde Pública*. Obtido em 2013, de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Jacarta.htm

Organização Mundial da Saúde - Recomendações de Adelaide. (5-9 de abril de 1988). *Portal da Saúde Pública*. Obtido em 2013, de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Adelaide.htm

Organização Mundial de Saúde - Carta de Ottawa. (17 a 21 de novembro de 1986). *Portal da Saúde Publica*. Obtido em 2013, de http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm

Pinhão, R., Calisto, M., Pimentel, M. A., & Fernandes, R. (2009). *Implementação da Comunicação médico-doente via...rpmgf*. (R. P.-V. rpmgf, Ed.) Obtido em 2013, de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=4672>

PORDATA. (2010 - 2012). *Agregados domésticos privados com computador, com ligação à Internet em casa e com ligação à Internet através de banda larga (%)*. Obtido em março de 2013, de <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Roche Diabetes Care. (março de 2011). *O Enfermeiro na Gestão da Diabetes - curso prático ACCU-CHEK*. Aveiro.

Roebuck, C. (2001). *Comunicação Eficaz*. Lisboa: Livros e Livros.

Serra, J. P. (2007). *Manual de Teorias de Comunicação*". Universidade da Beira Interior: Livros Labcom.

Silva, C. A., Saragoça, J. M., Fialho, J. M., Fritz, I. M., & Silva, M. I. (7 - 10 de agosto de 2011). *análise de redes sociais dos serviços de saúde: acção organizada das organizações de serviços de saúde a sociais no apoio a crianças com doenças crónicas* . (X. C. Sociais, Ed.) Obtido em 2013, de http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306797716_ARQUIVO_Final_CSJFJ_S_Artigo_estudo_diabetes_f.pdf

Sousa, M. R. (2003). *Dissertação ao Mestrado de Educação - "Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo II"*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Teixeira, j. A. (2004). *Comunicação em saúde: Relação Técnicos de saúde-utentes. Análise Psicológica*. (L. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Ed.) Obtido de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300021&script=sci_arttext