



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria

Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE CUIDADOS DE SAÚDE À FAMÍLIA
EM CONTEXTO DE USF: Intervenção do Enfermeiro de Família no Controlo da
Diabetes Tipo 2 no Adulto**

Carole Espírito Santo

Leiria, março 2023

Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria
Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar

Carole Espírito Santo nº 5210042
Relatório Final de Estágio orientado pela Professora Doutora Célia Jordão
Leiria, março 2023

AGRADECIMENTOS

Finalizada esta etapa, quero agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me apoiaram ao longo desta caminhada e que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Célia Jordão pela disponibilidade, confiança, rigor, exigência, conhecimento que demonstrou e partilhou ao longo de todo este percurso.

À Enfermeira tutora de estágio, Mónica Duarte, que me acompanhou neste percurso, pelos momentos de partilha, espírito de interajuda e sugestões pertinentes, bem como pelo tempo disponibilizado.

Ao meu pai e aos meus filhos Miguel e Raquel, pelo amor e compreensão que nunca deixaram de demonstrar e por terem sentido por vezes a minha não disponibilidade, quando por vezes precisavam da mesma.

Ao meu companheiro Licínio Fialho, pela sua paciência, apoio, incentivos constantes e por me fazer acreditar sempre, que eu era capaz!

Aos meus colegas de trabalho, pelo companheirismo e suporte manifestado.

A TODOS, MUITO OBRIGADO!

LISTA DE ABREVIATURAS

AC - Atendimento Complementar

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeS ON - Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte

ARS - Administração Regional de Saúde

AT - Assistente Técnica

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

EC - Ensino clínico

et al. - e outros

HbA1c - Hemoglobina glicosilada

IDG - Índice de Desempenho Global

IMC - Índice de massa corporal

JBI - *Joanna Briggs Institute*

n^o - Número

p. - página

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários

USF - Unidade de Saúde Familiar

USFT - Unidade de Saúde Familiar Tornada

QV - Qualidade de vida

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crónica cuja prevalência tem aumentado mundialmente sobretudo devido ao envelhecimento e ao estilo de vida da população cada vez mais sedentária adotando hábitos de vida cada vez menos saudáveis. Embora se trate de uma doença associada a determinados factores de risco, o seu controlo deve ser individualizado tendo em conta as condições pessoais e contextuais de cada indivíduo. Neste sentido, a implementação de intervenções de enfermagem no âmbito da Educação para a Saúde pode constituir uma boa estratégia no seu controlo. Estas irão promover e motivar o autocuidado das pessoas com DM2 contribuindo assim para uma melhoria nos valores da HbA1c e consequentemente melhorando a qualidade de vida.

Objetivos: Pretende-se identificar e descrever as intervenções do Enfermeiro de Família, na área dos Cuidados de Saúde Primários, que contribuem para o controlo do doente com DM2 no adulto.

Metodologia: Foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura segundo o modelo do *Instituto Joanna Briggs* (JBI). Este modelo norteou todo o processo da consecução deste estudo: protocolo de investigação; formulação da questão de investigação; determinação dos critérios de inclusão e de exclusão dos estudos; avaliação metodológica dos estudos e, por fim, extração dos dados. A pesquisa foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2022. Para identificação dos estudos recorreu-se às bases de dados Pubmed, Cinahl Complete, Medline Complete e Mediclatina. Inicialmente foram identificados 533 artigos dos quais 3 foram incluídos na revisão. A identificação dos estudos e extração dos dados foi conduzida, de forma independente, por dois investigadores. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada através dos instrumentos preconizados pelo modelo JBI.

Resultados: Nas intervenções de enfermagem lideradas por enfermeiros verificou-se que houve uma melhoria significativa dos valores da HbA1c nos grupos que foram alvo de uma intervenção mais intensa bem como uma melhoria na qualidade de vida do doente diabético. Nestas intervenções, a Educação para a Saúde incidiu mais sobre a dieta saudável, a prática da atividade física, a adesão à medicação assim como a deteção de complicações vasculares através da anamnese e exame físico sobretudo no que concerne aos cuidados com o pé. De igual forma o acompanhamento por chamadas telefónicas revelou-se uma mais-valia no seguimento dos participantes, pois permitiu manter a motivação e o esclarecimento de dúvidas oportunistas.

Conclusões: Os estudos analisados nesta revisão permitiram concluir que os enfermeiros podem contribuir, através das suas intervenções, para um melhor controlo da diabetes pois os níveis de HbA1c e a adesão a bons hábitos de saúde melhoraram substancialmente.

Palavras-chave: Enfermagem, Diabetes Mellitus tipo 2, Educação para a Saúde, HbA1c, Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Background: Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) is a chronic disease whose prevalence has increased worldwide mainly due to aging and lifestyle of the increasingly sedentary population adopting increasingly unhealthy lifestyle habits. Although it is a disease associated with certain risk factors, its control must be individualized taking into account the personal and contextual conditions of each individual. In this sense, the implementation of nursing interventions within the scope of health education can constitute a good strategy in its control. These will promote and motivate the self-care of people with DM2, thus contributing to an improvement in HbA1c values and consequently improving the quality of life.

Objectives: It is intended to identify and describe Nurse's interventions Family in the area of Primary Health Care, which contribute to the control of patients with DM2 in adults.

Methods: A Systematic Literature Review was carried out according to the model of the Joanna Briggs Institute (JBI). This model guided the entire process of carrying out this study: research protocol; formulation of the research question; determination of inclusion and exclusion criteria for studies; methodological evaluation of the studies and, finally, data extraction. The research was carried out in October and November 2022. To identify the studies, the Pubmed, Cinahl Complete, Medline Complete and Medclatina databases were used. Initially, 533 articles were identified, of which 3 were included in the review. Identification of studies and data extraction was conducted independently by two investigators. The methodological quality of the studies was assessed using the instruments recommended by the model JBI.

Results: In nursing interventions led by nurses, it was found that there was a significant improvement in HbA1c values in the groups that were the target of a more intense intervention, as well as an improvement in the quality of life of diabetic patients. In these interventions, Health Education focused more on a healthy diet, the practice of physical activity, adherence to medication as well as the detection of vascular complications through anamnesis and physical examination, especially with regard to care of the foot. Likewise, follow-up by telephone calls proved to be an asset in the follow-up of the participants, as it allowed maintaining motivation and clarifying opportunistic doubts.

Conclusions: The studies analyzed in this review concluded that nurses can contribute, through their interventions, to a better control of diabetes, as HbA1c levels and adherence to good health habits have improved substantially.

Keywords: Nursing, Type 2 Diabetes Mellitus, Health Education, HbA1c, Primary Health Care.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ÍNDICE DE QUADROS	XII
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	16
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2. ENSINO CLÍNICO	26
2.1. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO OESTE NORTE ONDE A USFT ESTÁ INSERIDA	26
2.2. CARATERIZAÇÃO DA USF TORNADA	27
2.2.1. Missão, Visão e Valores	28
2.2.2. Horário de funcionamento e alternativas assistenciais.....	29
2.2.3. Recursos humanos	29
2.2.4. Acessibilidade e circuito dos utentes	30
2.2.5. Estrutura física	30
2.2.6. Área de influência.....	31
2.2.7. Breve caraterização dos utentes da USFT.....	31
2.2.8. Carteira básica de serviços	32
2.2.9. Índice de desempenho global.....	34
2.3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	35
2.4. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	36
2.4.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	37
2.4.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	38
2.4.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	39
2.4.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	39

2.5. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR	40
2.5.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar no âmbito do cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.	42
2.5.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Familiar no âmbito do liderar e colaborar em processos de intervenção.	44
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	45
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	46
1.1. HISTÓRIA DA DIABETES	46
1.3. FISIOPATOLOGIA DA DIABETES	48
1.4. CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES	49
1.5. DIAGNÓSTICO DA DIABETES	51
1.6. COMPLICAÇÕES DA DIABETES	52
1.7. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	54
2. METODOLOGIA	59
2.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE REVISÃO	60
2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	60
2.3. LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	61
2.4. EXTRAÇÃO DOS DADOS	63
2.5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS	67
3. RESULTADOS.....	72
4. DISCUSSÃO	78
CONCLUSÃO	96
IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES	108
APÊNDICE I: GENOGRAMA.....	i
APÊNDICE II: ECOMAPA	ii

APÊNDICE III: ESCALA DE GRAFARiii

APÊNDICE IV: APGAR FAMILIAR.....iv

APÊNDICE V: PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM v

ANEXOS

ANEXO I: PESQUISA NA BASE DE DADOS MEDLINE

ANEXO II: PESQUISA NA BASE DE DADOS MEDICLATINA

ANEXO III: PESQUISA NA BASE DE DADOS CINAHL

ANEXO IV: PESQUISA NA BASE DE DADOS PUBMED

**ANEXO V: COMPROVATIVO DE AUTORIZAÇÃO DA USF TORNADA PARA
DIVULGAÇÃO DE DADOS**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USFT	27
Figura 2 - Caraterização demográfica do ficheiro da USFT.....	32

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados do estudo 1	73
Tabela 2 - Resultados do estudo 2.....	74
Tabela 3 - Resultados do estudo 3.....	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores de Enfermagem.....	35
Quadro 2 - Critérios de seleção de estudos	61
Quadro 3 - Resumo do estudo 1: “The Effects of Nurse-Led Multidisciplinary Team Management on Glycosylated Hemoglobin, Quality of Life, Hospitalization, and Help-Seeking Behavior of People with Diabetes Mellitus” (Ni et al., 2019).	64
Quadro 4 - Resumo do estudo 2: “Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study” (Martos-Cabrera et al., 2021).....	65
Quadro 5 - Resumo do estudo 3: “Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes” (Azami et al., 2018).	66
Quadro 6 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica – Estudos quasi-experimentais	68
Quadro 7- Instrumento de avaliação da qualidade metodológica – Estudos quasi-experimentais.....	69
Quadro 8 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica – Estudos randomizados.....	69

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio com a componente de investigação surge integrado no segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Familiar realizado na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. Este está incluído na unidade curricular Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família em contexto de Unidade de Saúde Familiar (USF)/Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP). A conclusão e defesa do mesmo têm como finalidade a obtenção do grau de Mestre.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes:

Na primeira parte é elaborada uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas, durante os ensinamentos clínicos (EC) I, II e III, na Unidade de Saúde Familiar Tornada (USFT), com a supervisão da enfermeira Mónica Duarte.

O EC I teve início no dia 13 de maio de 2022 e terminou a 24 de junho de 2022 tendo a duração total de 108 horas. Este ensino tinha como objetivos: conhecer a organização e o funcionamento da USF; desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e colaborar no âmbito dos processos de intervenção no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar; analisar os cuidados de Enfermagem à família nos diferentes programas de saúde, identificando os focos de intervenção da Enfermagem de Saúde Familiar; reconhecer a complexidade do sistema familiar; desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando-a para a promoção da saúde e bem-estar.

O EC II, com início a 27 de junho de 2022, foi finalizado a 29 de julho de 2022, com a duração total de 189 horas. Teve como objetivos: cuidar a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital aos diferentes níveis de prevenção; liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

O EC III teve início a 6 de setembro de 2022 e terminou a 31 de janeiro de 2023 com a duração total de 297,5 horas. Teve como principais objetivos: desenvolver competências de Enfermagem Especializada nos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; desenvolver Competências Específicas de Enfermagem Especializada na área de Saúde Familiar em contextos de vulnerabilidade.

Pretendo desta forma espelhar o meu percurso enquanto estudante descrevendo e evidenciando através de uma análise reflexiva, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar.

A segunda parte é constituída pela parte da investigação através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) sob o tema “intervenção do Enfermeiro de Família, em Cuidados de Saúde Primários (CSP), no controlo da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto”.

Esta é composta por um enquadramento teórico no qual são abordados a história, a epidemiologia, a classificação, o diagnóstico e as complicações da DM2 e as intervenções do Enfermeiro de Família neste âmbito. É descrita a metodologia utilizada, os principais resultados obtidos e a sua discussão. Na parte final desta segunda parte, constam as principais conclusões obtidas dos estudos em análise bem como as implicações na prática clínica.

Sendo a Diabetes Mellitus (DM) uma doença crónica em expansão com morbilidade e mortalidade consideráveis e, constituindo os CSP, o local de excelência para a prestação de cuidados preventivos, a atuação do Enfermeiro de Família reveste-se de uma responsabilidade superior pelo que importa validar a evidência científica das intervenções de Enfermagem.

Para além da existência de consultas específicas de diabetes nos CSP realizadas em equipa multidisciplinar, segundo as normas da Direção Geral de Saúde (DGS), torna-se relevante conhecer quais as intervenções do Enfermeiro de Família que podem ser aplicadas na prática assistencial e, deste modo, contribuir efetivamente para a melhoria dos resultados em saúde. A Enfermagem, no âmbito do seu mandato social, centra-se na ajuda das pessoas a gerirem os seus processos de transição ao longo do ciclo vital (Meleis *et al.*, 2000).

De uma forma geral, a intervenção dos enfermeiros na assistência às pessoas com DM2 é fulcral, pois, mais do que qualquer outro grupo profissional, os enfermeiros podem potenciar uma gestão eficaz dos processos de saúde-doença.

A experiência profissional e a constatação da necessidade de um melhor controlo metabólico da diabetes levam a considerar pertinente identificar intervenções de Enfermagem que possam vir a revelar-se eficazes e eficientes e, implementando-as, melhorar o bem-estar e a saúde dos doentes diabéticos.

Atualmente, o Enfermeiro de Família tem uma ampla responsabilidade na saúde da população pela qual é responsável já que estabelece uma relação de proximidade, segurança e confiança entre o indivíduo e a sua família com os serviços e as respostas em saúde pelo que a sua intervenção técnica atempada e meticulosa, mas sempre baseada na melhor evidência científica pode indubitavelmente concorrer para minimizar danos e acrescentar benefícios no controlo de uma patologia em contínua expansão.

Desta forma, considerei pertinente a elaboração desta RSL, pois centra-se num estudo de investigação secundário que utiliza uma metodologia sistemática de pesquisa e procura as

melhores evidências científicas em estudos primários que sustentem a tomada de decisão em Enfermagem. Esta tem como finalidade contribuir para o aumento da evidência científica sobre o conhecimento e a efetividade das intervenções de Enfermagem destinadas a controlar a DM2 no adulto.

O objetivo geral deste trabalho é conhecer os estudos realizados no âmbito da intervenção do Enfermeiro de Família na área dos Cuidados de Saúde Primários no controlo da DM2 no adulto através de uma RSL, sustentada nos modelos conceptuais do (JBI). Apresenta os seguintes objetivos específicos: identificar as intervenções do Enfermeiro de Família na área dos Cuidados de Saúde Primários que contribuem para o controlo do doente com DM2 no adulto; descrever as intervenções do Enfermeiro de Família na área dos Cuidados de Saúde Primários que contribuem para o controlo da DM2 no adulto.

PARTE I – CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em 2011, o programa do XIX Governo Constitucional determinou, como um dos seus objetivos estratégicos, o reforço do papel das entidades integrantes da Rede de Cuidados de Saúde Primários, visando não só contribuir para a melhoria da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, como permitir a criação de mecanismos de reavaliação do papel dos enfermeiros (Diário da República, 2022).

Em 2015, a Associação Internacional de Enfermagem da Família criou um quadro de competências práticas para a Enfermagem de Saúde Familiar as quais incidem sobre o Enfermeiro de Família e sobre os seus conhecimentos, capacidades, atitudes e valores, necessários para fornecer um cuidado familiar eficaz.

Contudo, para além da prática geral, este domínio visa também a integração do conhecimento científico da Enfermagem de Saúde Familiar obtido a partir de práticas, de investigação e do ensino formal com o intuito de melhor debater os cuidados e as experiências mais complexas às famílias (Oliveira *et al.*, 2020).

No Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, a reorganização dos CSP enfatizava a intervenção do Enfermeiro de Família para os cuidados globais centrados na família ao longo das várias fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Ministério da Saúde, 2016b).

O novo Plano Nacional de Saúde (2021-2030) defende a identificação das necessidades específicas e as estratégias de intervenção pelo Enfermeiro de Família subjacente a um modelo de proximidade de modo a direcionar o foco da prática dos enfermeiros para a família enquanto unidade de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2021).

O programa do XXIII Governo Constitucional, em 2022, pretende valorizar as carreiras dos enfermeiros por meio de uma contínua evolução científico-profissional como elemento essencial na construção de um projeto profissional (Governo Constitucional, 2022).

Por tudo isto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar assume-se como a referência profissional que garante o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo de todo o seu ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Existem conceitos considerados relevantes em Enfermagem de Saúde Familiar que importa visitar:

1. A Saúde - O conceito de saúde introduz uma relação de equilíbrio entre o bem-estar e a doença num sistema simultaneamente dinâmico e holístico em que a família e as suas relações inter e intrapessoais representam um ecossistema próprio, mais do que um processo individual; constitui, a família, o centro de ação do Enfermeiro de Família.

A Saúde Familiar abrange não só a saúde da família como unidade, mas também a interação da saúde de cada elemento com a família em si num plano biológico, psicossocial, cultural e espiritual.

2. A Família - A família pode ser definida por um conjunto de indivíduos em que laços afetivos os aproximam à custa de um sentimento forte de pertença. Cada família detém aptidões próprias que lhes permite interagir de forma única e, deste modo, influenciar não só a perceção de Saúde Familiar como as próprias atitudes e definição de objetivos. No entanto, qualquer família possui capacidade para melhorar a sua qualidade de vida e a sua saúde.

A amálgama de experiências e valores pessoais, incluindo a adquirida nos períodos de doença, advém também do seu património histórico, transversal a toda a vida familiar, em que o processo comunicativo, verbal ou não verbal, exerce um fator de coesão.

3. O Ambiente - Cada elemento da família ou toda a família no seu conjunto, no mesmo domínio, pode interagir de forma diferente e, com isso, influenciar a saúde da família. A família nas suas vertentes bio, psicossocial, cultural e espiritual interage com o meio envolvente e modifica-o de forma gradual.

É função do Enfermeiro Especialista estimular a criação de um ecossistema saudável gerindo rapidamente o aparecimento de sintomas de forma a prevenir a doença.

4. A Enfermagem - A Enfermagem de Saúde Familiar, pela sua diferenciação técnico-científica, é a disciplina que tem o compromisso de apoiar a família e, com ela, contribuir para a promoção da saúde, quer individual quer na comunidade.

É esta especialidade que responde às necessidades da família com ela interagindo e com cada um dos seus elementos para manter o equilíbrio familiar gerindo, da melhor forma, os problemas de saúde vivenciados por aquela (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

Assim, é de salientar a enorme importância que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar têm na prestação de cuidados especializados de Enfermagem a todas as famílias pelos quais estão responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de *stress* familiares que implicam transições de saúde e doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

As premissas dos cuidados de Enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Familiar materializam-se nos seguintes setores:

1. A satisfação do cliente – o Enfermeiro Especialista, no exercício das suas funções, presta cuidados de saúde de excelência procurando atingir o maior grau de satisfação para o seu utente;
2. A promoção da saúde - o Enfermeiro Especialista empenha-se no envolvimento do utente para que este adquira o máximo de capacidades que lhe permita atingir o melhor estado de saúde;
3. A prevenção de complicações - o Enfermeiro Especialista presta os melhores cuidados de saúde de modo a evitar quaisquer tipos de potenciais intercorrências;
4. Bem-estar e o autocuidado - o Enfermeiro Especialista otimiza o bem-estar do utente e potencia e/ou integra atividades de vida quando o utente delas se encontra dependente;
5. A readaptação funcional - o Enfermeiro Especialista, conjuntamente com o utente, desenvolve processos eficazes de adaptação funcional aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

A Enfermagem de Saúde Familiar é definida como sendo o “processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de Enfermagem” (Hanson, 2005, p. 8).

O Enfermeiro de Família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis (Ministério da Saúde, 2014).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar concebe a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade e não tanto nas doenças ou problemas. Toma-se, como foco, a família enquanto unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde dos vários membros da família e a saúde da família na sua globalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Para que os enfermeiros, no contexto dos CSP, assumam um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família é necessário que reconheçam a unidade familiar como alvo dos seus cuidados (Figueiredo, 2012). Os objetivos da Enfermagem de Família centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança (Figueiredo, 2012).

Segundo Friedmann, existem quatro níveis na prática de Enfermagem familiar:

Nível I: A família surge como contexto e o indivíduo como cliente. O foco é cada um dos

membros da família e esta surge como um recurso e fator contextual.

Nível II: A família é perspectivada como a soma das suas partes. O foco é cada um e todos os diferentes elementos da família.

Nível III: O subsistema familiar surge como cliente. O foco são os subsistemas familiares trabalhando com dois ou mais elementos para obter a compreensão e apoios mútuos.

Nível IV: A família é alvo dos cuidados de Enfermagem e o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações.

A figura do Enfermeiro de Família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, reforçando a importância dos contributos da Enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença.

As modificações e transformações sociais decorrentes de diversos agentes (conflitos, crenças, alterações sociodemográficas, ideológicas, científicas e técnicas incluindo a transformação digital e as tecnologias emergentes) condicionaram novas necessidades de saúde. No entanto, a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, mantém-se como espaço privilegiado de suporte à vida e saúde dos seus membros (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

A Enfermagem de Saúde Familiar dá ênfase à abordagem colaborativa com a família, em que os cuidados especializados tomam por foco de atenção as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Não existe uma definição universal de família. Relvas (1996) refere que cada família vista como um todo, como emergência dos elementos que a compõem, é definitivamente uma e única. Este menciona ainda que a sua constituição não depende só de laços de consanguinidade, mas também e sobretudo, das ligações afetivas que se estabelecem entre os seus elementos.

A família é um sistema em constante interação com o meio envolvente, que influencia e é influenciada por este. É um conjunto de elementos, ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo do seu processo de desenvolvimento (Gouveia-Pereira e Miranda, 2021).

É na família que se adquirem competências significativas no âmbito da interação como a linguagem, a comunicação, os contactos corporais e as relações interpessoais. Esta assume um papel fundamental para cada indivíduo nas suas diversas fases da vida, quer na saúde quer na doença, constituído a base emocional e a força motriz nos momentos de crise, de mudança, de realização.

Para orientar a avaliação do sistema familiar foi desenvolvido, pelas enfermeiras Wright e Leahey, o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar. Este modelo integra diversas teorias entre as quais, a teoria geral dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação e a teoria da mudança.

A teoria geral dos sistemas surgiu nos anos vinte do século XX a partir dos trabalhos de von Bertalanffy e era aplicada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias. Um sistema pode ser definido como um conjunto de elementos em mútua interação. Aplicando esta definição às famílias é possível ver cada uma delas como uma unidade e, conseqüentemente, focalizar-se na interação entre os membros e não no seu estudo individual.

A Família como sistema é formada por subsistemas que se influenciam, interna e externamente, num sistema aberto onde as influências são recíprocas (Dias, 2011). A forma como cada subsistema se organiza e desenvolve as suas relações dentro de cada um, chama-se estrutura familiar. Esta organização é específica e única de cada família e traduz a forma como os diferentes elementos se relacionam entre si. Cada família possui um dinamismo próprio que confere a sua individualidade e a sua autonomia.

Segundo Minuchin (1974) citado por Gouveia-Pereira e Miranda (2021) a família é composta por vários subsistemas (individual, conjugal, paternal e fraternal) que têm funções diferentes, mas que estão estreitamente relacionadas atendendo a que as mesmas pessoas podem pertencer, simultaneamente, a diferentes subsistemas e ao facto da estrutura familiar variar de forma adaptativa ao longo do ciclo vital da família.

1 – O subsistema individual é composto pelo indivíduo que para além do seu estatuto e funções familiares, tem também funções e papéis noutros sistemas.

2 – O subsistema conjugal é composto por marido e mulher cujo bom funcionamento depende da sua complementaridade e duma adaptação recíproca. Uma das funções deste subsistema é o desenvolvimento de limites e fronteiras que protejam o casal da intrusão de outros elementos de modo que seja proporcionada a satisfação das suas necessidades psicológicas.

3 – O subsistema paternal é composto pelos mesmos adultos sendo que as suas funções são acrescidas com funções executivas cujo objetivo é a educação e a proteção das gerações mais novas.

4 - O subsistema fraternal é constituído pelos irmãos. É neste subsistema que as crianças desenvolvem as suas capacidades relacionais, primeiro em relação à escola e depois em relação ao grupo de amigos e ao mundo do trabalho. Este subsistema é fundamental para que a socialização e a experimentação de papéis face ao mundo extrafamiliar se processem dentro da normalidade (Gouveia-Pereira e Miranda, 2021).

Por outro lado, a família também é constituída por suprassistemas mais amplos (vizinhança, organizações ou comunidades religiosas).

Para que os sistemas funcionem é necessária a existência de limites ou fronteiras entre os seus subsistemas e os suprassistemas. Minuchin distingue três tipos de limites: os claros (que delimitam o espaço e as funções de cada membro ou subsistema, permitindo, contudo, a troca de influências entre os mesmos), os difusos (marcados por uma enorme permeabilidade que faz perigar a diferenciação dos subsistemas) e os rígidos (que dificultam a comunicação e a compreensão recíprocas).

A flexibilidade dos limites determina o grau de funcionalidade do sistema, através de alterações estruturais do mesmo e, conseqüentemente, a interação dinâmica dos seus elementos viabilizando a adaptação às variações ambientais.

A partir da diferenciação e permeabilidade dos limites, as famílias podem ser designadas como sendo:

Famílias emaranhadas - apresentam limites difusos, são dominadas por movimentos centrípetos, fecham-se sobre si desenvolvendo o seu próprio microcosmos;

Famílias desmembradas - apresentam limites excessivamente rígidos no seu interior e difusos com o exterior, numa profusão de movimentos centrífugos.

Em cada subsistema os indivíduos podem ter diferentes níveis de poder sendo as regras estabelecidas a configurar os limites, definindo quem participa em cada um deles e a forma como participa (Figueiredo, 2012).

De acordo com a teoria geral dos sistemas, nada acontece isoladamente e qualquer acontecimento que afeta um dos componentes, afeta todos os outros, ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros do sistema (Andrade e Martins, 2011). Esta teoria define a família como um sistema aberto, com uma finalidade e autorregulado.

Havendo alterações na estrutura familiar a família tem capacidade de se autorregular de forma a manter o equilíbrio. Este conceito da teoria dos sistemas enfatiza que a totalidade da família é muito mais que a simples soma de cada membro.

Ao estudar a família como um todo, é possível observar as interações entre os membros conseguindo-se assim a explicação do funcionamento individual de cada um deles (Gouveia-Pereira e Miranda, 2021). A família é um sistema, onde cada membro é o que é por si mesmo e pelas relações que estabelece com os outros. Na perspetiva sistémica, a família é vista como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros constituída em subsistemas e, ela própria, contando com outros sistemas os quais possuem regras que regulam o relacionamento entre os membros da família.

A cibernética é a ciência da teoria da comunicação e controlo. A família tem capacidade para se autorregular de forma a manter o equilíbrio sempre que haja alterações na sua estrutura. Partindo desta afirmação a família é considerada um sistema aberto, partilha determinadas propriedades sistémicas que se aplicam à interação que são a totalidade, o *feedback* e a equifinidade (Dias, 2011).

No que se refere à totalidade, existe uma inter-relação e interdependência dos comportamentos de todos os elementos da família. A mudança num elemento repercute-se no sistema e o comportamento de cada um é indissociável do comportamento dos restantes. Os sistemas interpessoais familiares podem ser vistos como um circuito de *feedback*, uma vez que o comportamento de uma pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de outra pessoa como referem Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) citado por Wright e Leahey (2019).

A família está permanentemente sujeita a pressões internas e externas que implicam variações e flutuações no seu equilíbrio sendo esta coagida a introduzir mudanças no sentido de manter a sua estabilidade o que implica, por vezes, a transformação da posição dos membros da família para que o sistema mantenha a sua continuidade.

A equifinidade está relacionada com a capacidade que a família desenvolve em centrar-se em torno de um objetivo ou finalidade comum. Na perspetiva sistémica os objetivos da família são dois: o objetivo interno passa pela função de proteção dos seus membros e o objetivo externo pela acomodação a uma cultura e transmissão da mesma.

A teoria da comunicação foca-se no modo como os elementos da família interagem entre si. O comportamento verbal ou não verbal são ambas fontes de informação relevante: o que se diz, o que não se diz, a forma como é dito, as expressões faciais e posturais, mas também uma pintura, poema ou música, transmitem informação não só sobre o conteúdo transmitido, mas também sobre as relações entre os intervenientes (Wright e Leahey, 2009). A comunicação apresenta-se como fator determinante para facilitar as relações entre os membros da família e o meio social.

A perspetiva sistémica da família é devedora do conceito *por comunicacional* proposto pela Escola de Pablo Alto de que “tudo é comunicação”, no sentido em que a realidade humana e não humana pode converter-se em fluxos de comunicação, independentemente da intencionalidade de quem faz as emissões (Dias, 2001). De salientar que o comportamento só é relevante e significativo quando se considera o contexto imediato. Desta forma podemos concluir que a comunicação é um fator principal da estrutura pois é nela que assentam as práticas de interação formativa, relacional, educativa, de integração social dos elementos que a constituem.

A teoria da mudança explica que quando há perturbação dentro da estrutura familiar, ocorre uma mudança como resposta a essa perturbação com o objetivo de manter a estabilidade e a estrutura familiar (Maturana, 1978, citado por Wright e Leahey, 2009).

As mudanças podem ser:

- Mudanças de primeira ordem: ocorrem no eixo sincrónico (horizontal) que diz respeito ao espaço relacional da família traduzido na estrutura familiar, na distribuição do poder, na organização hierárquica e na forma como estão definidos os limites entre os subsistemas. Este eixo caracteriza a família no seu quotidiano e simboliza mudanças banais, como o horário escolar dos filhos, ou seja, quando ocorre mudança nos elementos do sistema, a estrutura não é afetada;

- Mudanças de segunda ordem: ocorrem no eixo diacrónico (histórico ou vertical). Este eixo representa a história familiar ao longo do tempo e engloba as etapas de desenvolvimento e histórias de gerações. Envolve acontecimentos relevantes da família tais como nascimentos, mortes, casamentos, divórcios e segredos.

Este tipo de mudanças refere-se às mudanças de passagem de um estágio de desenvolvimento da família para outro no Ciclo Vital da família; envolve a família para mutação de algo novo de forma que o sistema possa evoluir, nomeadamente, nas regras do sistema (Gouveia-Pereira e Miranda, 2021).

Enquanto a teoria dos sistemas desloca o foco das partes para o todo, a cibernética preocupa-se com a forma em detrimento do conteúdo (Wright e Leahey, 2009).

Cuidar da pessoa, no seio da sua família, aparece hoje como um fator não apenas de dignificação da pessoa, mas também de obtenção de resultados mais consistentes para o processo de cuidados. Wright e Leahey (2009, p.1) afirmam que os enfermeiros têm o compromisso bem como a obrigação ética e moral de “incluir as famílias nos cuidados de saúde”.

Neste sentido, é importante realçar a importância que os cuidados de Enfermagem têm com a finalidade de capacitar a família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde, considerando a complexidade das interações num contexto de unicidade (Figueiredo, 2012).

As intervenções de Enfermagem constituem-se como elementos promotores da capacitação da família e que, desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, em que a mudança é determinada pela harmonia da estrutura biopsicossocial do sistema familiar (Figueiredo, 2012). A família deve ser vista como parte responsável pela saúde dos seus membros, necessitando de ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo do cuidar.

Assim, torna-se imperioso alterar a definição de prestação de cuidados de saúde centrada no antigo paradigma de “tratamento da doença” para uma outra mais focalizada no “bem-estar do doente” e da sua família.

2. ENSINO CLÍNICO

O Ensino Clínico destina-se a complementar a formação teórico-prática, permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis em que o aluno é chamado a desenvolver bem como as competências requeridas para o seu desempenho como Enfermeiro.

É um meio privilegiado na formação do aluno de Enfermagem permitindo-lhe desenvolver a sua identidade profissional e o seu crescimento pessoal.

2.1. CARATERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO OESTE NORTE ONDE A USFT ESTÁ INSERIDA

Segundo o Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) são institutos públicos de regime especial integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e podendo deter património próprio, constituídos por centros de saúde.

Os centros de saúde que integram os ACeS são conjuntos de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários que intervêm nos seguintes âmbitos: Comunitário e de base populacional; Personalizado com base na livre escolha pelos utentes; Exercício de funções de autoridade de saúde; Intervenção nos comportamentos aditivos.

Estrutural e hierarquicamente os ACeS são compostos pelo Diretor Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde, o Conselho da Comunidade e o Conselho Executivo.

No Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte (ACeS ON) funcionam, na dependência direta e funcional do Diretor Executivo, os seguintes serviços de apoio: UAG - Unidade de Apoio à Gestão (Secretariado, Aprovisionamento, Contabilidade, Recursos Humanos e Informática) e o Gabinete do Cidadão.

O ACeS ON abrange os concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Alcobaça, Bombarral, Nazaré, e Peniche, apresentando 3 Unidades de Cuidados Continuados (UCC): (UCC de Caldas da Rainha, UCC de Bombarral/Peniche, UCC de Alcobaça/Nazaré); 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP): (UCSP Peniche, UCSP Caldas da Rainha, UCSP Óbidos, UCSP Nazaré, UCSP D. Nuno, UCSP Litoral, UCSP Pelicano Real); 10 Unidades de Saúde Familiar (USF): (USF Bombarral, USF Terras de Cister, USF Pedro e Inês, USF Santa Maria da Benedita, USF Rafael Bordalo Pinheiro, USF Tornada, USF Rainha D. Leonor, USF Global, USF Pinhal do Rei e USF Marés), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e 1 Unidade de Saúde Pública (Bilhete de Identidade dos CSP, 2021).

O ACeS ON compreende uma área total de 1056.7 km² e está na dependência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, tendo 181835 utentes inscritos (figura 1).

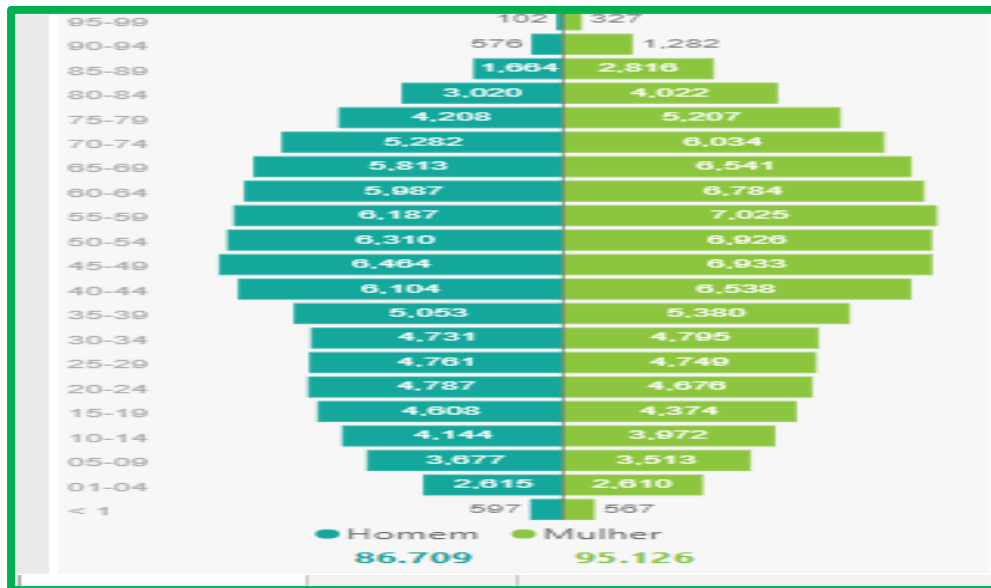


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na USFT
Fonte: Print screen BI CSP, dados de 04.06.2022

Este Agrupamento tem como objetivo primordial a melhoria contínua do nível de saúde da população da área geodemográfica por ele abrangida. Tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados aos utentes e à comunidade com elevado desempenho assistencial, qualidade e eficiência, procurando manter os princípios da equidade e solidariedade (BI CSP, 2021). Visa a promoção e melhoria da acessibilidade dos utentes e a prestação dos cuidados de saúde primários de qualidade em todas as suas vertentes, através de uma mais cuidada gestão dos recursos disponíveis, na procura da excelência.

2.2. CARATERIZAÇÃO DA USF TORNADA

Segundo o Dec. Lei 73/2017, de 21 de junho, as USF são pequenas unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde, constituídas por uma equipa multiprofissional de médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros familiares e assistentes técnicos/secretários clínicos. São unidades auto-organizadas, com autonomia funcional e técnica.

Têm como missão prestar cuidados de saúde personalizados e de qualidade à população de uma determinada área geográfica.

Possuem instrumentos próprios de contratualização, de gestão, de monitorização e de avaliação (um regulamento Interno, um plano de ação, um manual de boas práticas, um manual de articulação, órgãos sociais de participação e decisão) envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade.

São unidades de constituição voluntária por parte dos profissionais, que se responsabilizam pela prestação de cuidados a uma população de 4000 a 18000 cidadãos, dependente da área

geográfica que abrange.

A USFT tem como logotipo, uma garça-real, espécie autóctone e característica da Reserva Natural Local do Paul de Tornada. Localiza-se na Estrada Nacional 8, nº 27, R/C Dtº 2500-515 Tornada e integrou, em 2012, um Pólo de Saúde localizado na Rua Principal nº 6, 2500-637 em Salir de Matos, tendo uma distância entre si de cerca de 7km.

A USFT é uma das unidades do ACeS ON tendo iniciado a sua atividade a 1/09/2006 como modelo A; a partir de 2008 iniciou atividade enquanto USF modelo B.

Segundo o mesmo decreto as USF podem organizar-se em 3 modelos de desenvolvimento: A, B, C.

O modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de Saúde Familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em Saúde Familiar.

O Modelo B é indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de Saúde Familiar é uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos.

O Modelo C abrange as USF dos setores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a Administração Regional de Saúde respetiva, através do departamento de contratualização, sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.

Os modelos são diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

2.2.1. Missão, Visão e Valores

A USFT tem por Missão promover os melhores índices de saúde e prestar os cuidados individuais e familiares à sua população, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos, assim como promover a literacia em saúde, a prevenção e os comportamentos saudáveis.

A Visão é ser uma unidade de reconhecida qualidade para a obtenção dos melhores resultados em saúde, valorizando os seus colaboradores, a sua formação e o espírito do

trabalho multiprofissional em equipa.

Os Valores da unidade são a conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa (BI CSP, 2021).

A unidade procura prestar cuidados de saúde personalizados visando a obtenção de ganhos em saúde à sua população.

2.2.2. Horário de funcionamento e alternativas assistenciais

A USFT tem horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 8h00 as 20h00, encerrando para reunião multiprofissional todas as sextas-feiras entre as 14h00 e as 16h00.

O Pólo de Sair de Matos funciona de segunda a sexta-feira das 8h00 às 13h00.

Dentro do horário de funcionamento da USF, qualquer utente nela inscrito deve ter acesso a uma consulta médica ou de Enfermagem, de acordo com as suas necessidades (Regulamento Interno, 2021).

Fora do horário de funcionamento da USF, os utentes com necessidades de assistência médica ou de Enfermagem inadiáveis, devem dirigir-se ao serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Oeste localizado na Rua Diário de Notícias, 2500-176 em Caldas da Rainha.

Também podem recorrer aos Atendimentos Complementares (AC) do ACeS ON na Nazaré ou no Bombarral.

O AC da Nazaré tem horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 20h00 as 24h00 e aos fins-de-semana e feriados das 14h00 às 24h00 e presta cuidados nas novas instalações do Centro de Saúde da Nazaré.

O AC do Bombarral funciona de segunda a sexta-feira das 17h00 às 20h00 e aos fins-de-semana e feriados das 09h00 às 13h00 e funciona no edifício do Centro de Saúde do Bombarral.

2.2.3. Recursos humanos

A equipa da USFT é uma equipa multidisciplinar, flexível e de tipo nuclear constituída por 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos tendo atualmente 5 médicos da Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar.

A USF está organizada por micro equipas assegurando intersubstituição sempre que haja ausência de algum elemento. Este método permite facilitar a articulação e organização na prestação de cuidados e assim cumprir as metas assistenciais.

A Dra. Tânia Pires Silva desempenha funções de Coordenação da Unidade (as competências de Coordenador estão descritas no artigo 12 do DL 73/2017 de 21 de junho). O Conselho Técnico da Unidade, eleito pela equipa em Conselho Geral, é atualmente constituído pela Dra. Carla Ferreira, pela Enf.^a Cátia Dias e pela Assistente Técnica (AT) Mónica Martins.

Todos os enfermeiros, para além de desempenhar tarefas inerentes às funções de

Enfermagem, são ainda responsáveis por outras tarefas tais como formação, aprovisionamento, controlo de infeção, coordenação, sendo a interlocutora de Enfermagem, a Enf.^a Mónica Duarte.

2.2.4. Acessibilidade e circuito dos utentes

O circuito do utente é considerado o conjunto de procedimentos que o utente deve fazer para ter acesso aos serviços de saúde.

Um dos procedimentos que o utente deve realizar é o agendamento. Este pode ser efetuado presencialmente, por *e-mail* ou por via telefónica.

Dependendo do tipo de agendamento (médico ou Enfermagem) a USFT dispõe de duas linhas telefónicas independentes para serviço administrativo e para Enfermagem (o atendimento telefónico pela equipa de Enfermagem está definido entre as 12h00-14h00 e as 16h00-18h00).

Se o utente pretende falar com o médico de família é feita a transferência da chamada pelo AT após contacto prévio com o médico.

No dia da marcação, o utente tem indicação para chegar com 30 minutos de antecedência, deve retirar senha e dirigir-se junto do balcão de atendimento para confirmar a sua presença. De seguida, deverá aguardar na sala de espera onde será chamado pelo seu nome através de altifalante e terá informação do gabinete ao qual se deve dirigir.

Outro procedimento para entrar em contacto com a USFT é através da Via Verde Administrativa, que consiste no preenchimento de um impresso próprio existente na entrada da Unidade. Este facilita o acesso ao pedido de renovação de receituário crónico, pedido de marcação ou alteração de datas de consultas programadas.

O último procedimento existente é a possibilidade de o utente contactar com a USFT através do correio eletrónico pois cada profissional de saúde tem um endereço eletrónico institucional. O utente pode enviar a sua questão para o *e-mail* geral da USF (usf.tornada@arslvt.min-saude.pt) e posteriormente esta será encaminhada para o profissional mais adequado.

2.2.5. Estrutura física

O edifício foi inaugurado em 2006 e o espaço exterior possui um parque de estacionamento e algumas áreas de jardim. Apresenta um piso único ao nível térreo de fácil acesso para utentes que tenham mobilidade reduzida.

É composto por 1 Sala de Espera, 1 Gabinete Administrativo, 3 Gabinetes de Enfermagem, 7 Gabinetes Médicos, 1 Casa de Banho para utentes e 1 Casa de Banho para funcionários que inclui 1 vestuário partilhado entre os profissionais, 1 Refeitório, 1 Sala de Reuniões, 1 Sala de Arquivo e 1 Sala de Aprovisionamento dotado de um sistema de controlo de temperatura e humidade para que exista um correto acondicionamento de material clínico e de

medicamentos estando estes organizados segundo a Norma nº 014/2015 da Direção-Geral da Saúde de 06/08/2015 (Medicamentos de alerta máximo) com nomenclatura adequada.

Os gabinetes médicos e de Enfermagem estão numerados de 1 a 10, equipados com secretária, cadeiras, computador, impressora, telefone, marquesa, lavatório, armários e material clínico e de Enfermagem. Os gabinetes estão, na sua grande maioria, equipados com material adequado à especificidade das consultas (dispositivo de avaliação do *International Normalized Ratio*, kit de material para avaliação do pé diabético, balança pediátrica, mesa ginecológica, etc.). Num dos gabinetes de Enfermagem encontra-se uma bala de oxigénio portátil, uma mala de Suporte Imediato de Vida e um frigorífico onde estão acondicionadas as vacinas pertencentes à unidade.

O acesso dos utentes aos gabinetes médicos e de Enfermagem é realizado através de um corredor principal que faz ligação aos mesmos.

Os domicílios são realizados em viatura com motorista do ACeS ON tendo esta que ser solicitada com alguma antecipação, de modo a garantir a sua disponibilidade. Caso não haja disponibilidade o ACeS ON aciona um táxi para a realização dos mesmos.

Durante todo o horário de funcionamento da Unidade existe uma equipa de segurança. A limpeza das instalações é realizada ao fim do dia por uma empresa externa visto a Unidade não contemplar Assistentes Operacionais.

2.2.6. Área de influência

A USFT tem como zona de influência a União das freguesias de Tornada e Salir de Matos com uma área de 29,53 km².

Na Tornada são prestados cuidados aos utentes aí residentes num total de 4358 habitantes; no entanto, a USF presta também cuidados de saúde aos utentes residentes nos lugares de Chão da Parada, Reguengo, Campo, Casais dos Morgados, Mouraria, Casais do Rio do Peixe e Casais do Vau, cerca de 3150 habitantes.

A freguesia de Salir de Matos tem cerca de 3000 habitantes e uma área de 2500 hectares que se distribui por 27 lugares: Barrantes, Brejoeira, Cabreiros, Casal da Areia, Casal da Cabana, Casal do Clérigo, Casal do Cozinheiro, Casal Malpique, Casal Novo, Casal de Santa Cecília, Casal de Santo Amaro, Casal Vale do Souto, Cruzes, Formigal, Guisado, Infantes, Mata, Matinha, Outeiro, Salir de Matos, S. Domingos, Teixeira, Torre, Trabalhias, Vale da Quinta, Venda e Vimeira.

Na Unidade também se encontram inscritos utentes residentes na freguesia de Caldas da Rainha.

2.2.7. Breve caracterização dos utentes da USFT

A USFT tem 12530 utentes inscritos (o que equivale a 16552 unidades ponderadas), sendo

que 6057 são homens e 6473 são mulheres.

Olhando à pirâmide etária e fazendo uma breve análise da mesma podemos verificar que as faixas etárias com mais utentes são as compreendidas entre os 40 e os 69 anos. O índice de dependência total é calculado através da relação percentual entre a população jovem (<15 anos) mais a população idosa (≥ 65 anos) e a população em idade ativa (15-64 anos).

O índice de dependência total do ficheiro da USFT é de 56,55%, a percentagem de jovens é de 19,83% e a percentagem de idosos de 36,72%. Em período fértil (15-49 anos) encontram-se 2697 mulheres sendo que este grupo constitui 42% do total das mulheres inscritas na USF. O ficheiro clínico da USFT é distribuído pelos ficheiros dos 7 médicos de família e respetivos Enfermeiros de Família (BI CSP, 2021).

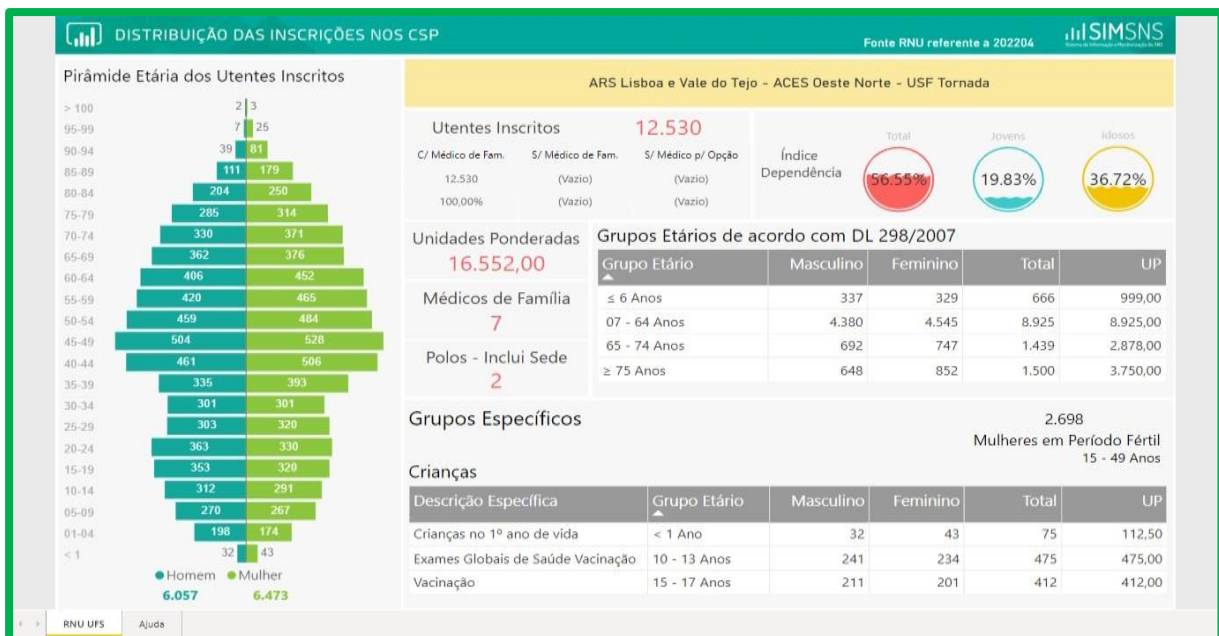


Figura 2 - Caracterização demográfica do ficheiro da USFT
Fonte: Print screen BI CSP, dados de 26.05.2021

2.2.8. Carteira básica de serviços

Segundo o Decreto de Lei nº 118, de 21 de junho de 2017, em todos os modelos de USF existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspetos quantitativos do número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares.

A USFT é dotada de autonomia técnica, funcional e organizativa, sendo que a sua carteira básica de serviços é composta por várias atividades assistenciais e inclui 3 tipos de consultas:

- 1) Consulta Programada – Preconizada para a vigilância de problemas de saúde subagudos ou acompanhamento de doenças crónicas ou atividades de prevenção.

Esta engloba: Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher que inclui consultas de vigilância de Saúde Materna e de Planeamento Familiar, Rastreio do Cancro do Colo do Útero e Rastreio do Cancro da Mama; Saúde do Adulto e Saúde do Idoso; Hipertensão, Diabetes e Hipocoagulação.

São consultas agendadas por iniciativa do médico ou do enfermeiro. As consultas realizadas a grupos vulneráveis (Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar) e a grupos de riscos (Diabetes e Hipertensão) são realizadas de forma conexa com o médico de família.

- 2) Consulta de Reforço - Destinada ao atendimento de situações agudas, inadiáveis ou que não possam aguardar o próximo período de consulta aberta com o próprio médico de família (podendo ser realizada por outro médico que não o médico de família).

A marcação é feita pelo utente, no próprio dia, presencialmente, junto do secretariado clínico, a partir das 14h00.

- 3) Consulta Aberta - Destinada a atender problemas agudos.

É realizada pelo próprio médico de família e a marcação é feita pelo utente, no próprio dia, direta e presencialmente junto do secretariado clínico.

A marcação é realizada entre as 8h00 e as 10h00 e entre as 12h00 e as 13h00.

Outras atividades assistenciais referem-se à vacinação, consultas de Enfermagem de Saúde Infantil nas quais o Enfermeiro de Família realiza ensinamentos aos pais sobre diversos assuntos (alimentação, higiene, promoção de uma boa relação pais/filhos), assim como semanalmente é realizada a avaliação ponderal de crianças com idade compreendida entre o dia de nascimento até um mês de idade. O rastreio TSHPKU ("Teste do Pezinho") é realizado até ao 6º dia de vida da criança.

Na área do Planeamento Familiar também são realizadas consultas de Enfermagem para entrega de contraceptivos orais e esclarecimento de qualquer dúvida existente da parte do utente.

Na área da Diabetes, as consultas de Enfermagem, com caráter preventivo, abrangem várias áreas: utilização de glucómetro, cuidados com os pés, prática de exercício físico, alimentação adequada, cumprimento do regime terapêutico.

Por fim, são também efetuados atos curativos, como por exemplo tratamento de feridas, administração de injetáveis, algaliação, quer na Unidade quer em contexto de visita domiciliária. Estas atividades assistenciais podem ser agendadas pelo enfermeiro ou pelo utente e o horário de atendimento é das 8h00 às 19h45.

Existe um critério para que as visitas domiciliárias possam ser realizadas ao utente: este deve-se encontrar em situação de dependência física reconhecida, permanente ou temporária, que

o impeça de se deslocar à USF (Regulamento Interno, 2021).

2.2.9. Índice de desempenho global

Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde, sendo reconhecidos no Programa do XVII Governo Constitucional como a base de sustentação de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal teve como objetivos principais, melhorar a acessibilidade, a qualidade e continuidade dos cuidados prestados, a eficiência e garantir uma maior satisfação dos profissionais e utentes (Pisco, 2007).

Desta forma a avaliação das USF é feita tendo em conta vários indicadores (111, no total) em diferentes áreas tais como:

- Desempenho assistencial;
- Serviços (de caráter assistencial e não assistencial);
- Qualidade organizacional (melhoria contínua da qualidade – acesso, processos assistenciais integrados, segurança e centralidade no cidadão);
- Formação profissional (formação interna da equipa e de internos e alunos).

Da avaliação desses indicadores é dado o valor do Índice de Desempenho Global (IDG) da Unidade Funcional.

Anualmente as USF realizam uma contratualização interna com os respetivos ACeS, sendo esta sustentada por um Plano de Ação e selada com a assinatura da Carta de Compromisso devendo esta conter a referência à população abrangida, a identificação dos recursos, o Manual de Articulação, a definição do IDG da Unidade a atingir e a proposta de aplicação dos incentivos institucionais.

O Plano de Ação da USF é o instrumento de trabalho que reflete as atividades a desenvolver pela equipa multiprofissional de uma forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos e os indicadores cujo *score* total se irá refletir no IDG.

O compromisso assistencial é formalizado mediante Carta de Compromisso acordada entre o Coordenador da USF e o Diretor Executivo do ACeS.

Em abril de 2022, o IDG da USFT foi de 69,80 (BI CSP, 2021), resultado bastante satisfatório atendendo à situação pandémica vivenciada desde 2020 mas já considerando a retoma da atividade assistencial no decorrer do corrente ano.



Figura 3 - Índice de Desempenho Global da USF da Tornada
Fonte: Print screen BI CSP, dados de 26.05.2021

São indicadores específicos da atividade de Enfermagem na área do desempenho assistencial os seguintes:

Quadro 1 - Indicadores de Enfermagem

Taxa de utilização global de consultas de Enfermagem nos últimos 3 anos
Índice de utilização anual de consultas de Enfermagem
Proporção de consultas de Enfermagem realizadas no dia do agendamento
Proporção de consultas realizadas pelo respetivo Enfermeiro de Família
Proporção de jovens 14 anos, com Plano Nacional de Vacinação cumprido ou em execução
Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar (médico/enfermeiro)
Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm a vacina antitetânica atualizada
Proporção de utentes com diabetes ou com doença respiratória crónica ou com doença cardíaca crónica ou com idade superior a 65 anos, com a vacina da gripe prescrita ou efetuada nos últimos 12 meses
Taxa de consultas de Enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos idosos
Proporção de diabéticos com consulta de Enfermagem de vigilância, no último ano
Proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano

2.3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NA PRÁTICA CLÍNICA

O Enfermeiro Especialista na área da Saúde Familiar tem de deter um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e até tecnológicos alicerçados numa prática clínica construída a partir de uma experiência profissional organizada e contextualizada.

Só com a aquisição de competências específicas se consegue demonstrar a existência de capacidade de reflexão e de decisão para se atuar nos processos complexos da doença através de uma resposta atempada e adequada dirigida aos problemas da família, mas sustentada em soluções e resultados baseadas na melhor evidência científica.

Durante os EC I, II e III foram desenvolvidas competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar. Ao longo deste ponto irei descrevê-las através de uma análise reflexiva.

2.4. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Hoje em dia, é cada vez mais reconhecida a importância da prestação dos melhores cuidados de saúde e, inerentemente, os cuidados de Enfermagem acompanham esse desiderato pelo que se arrogam de uma influência cada vez maior e, transversalmente, de uma crescente exigência técnica e científica. Por isso, a diferenciação e a especialização, mais do que uma realidade factual, consubstancia uma necessidade premente e prioritária.

Assim, o Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados na área da sua respetiva especialidade em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Segundo o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros, “Competências comuns são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4745).

Estas competências direcionam-se para a educação interpares e dos utentes, para a orientação, aconselhamento e liderança bem como para o desenvolvimento do conhecimento e de projetos de investigação com o objetivo de alcançar avanços científicos que contribuam de uma forma expressiva para a melhoria contínua da prática de Enfermagem.

Ainda de acordo com este mesmo Regulamento, cada competência compreende várias unidades de competência: um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

Cada uma destas unidades de competência é identificada e clarificada por vários critérios. Estes critérios de avaliação compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o mesmo Regulamento, inserem-se nos domínios da Responsabilidade profissional, ética e legal, na Melhoria contínua da qualidade, na Gestão dos cuidados e ainda no Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Irei descrever de seguida as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Familiar, as quais tentei desenvolver durante o meu processo de aprendizagem, aprofundando os meus conhecimentos, tendo em conta a visão da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros nas diferentes fases do ciclo vital familiar.

2.4.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Competência 1: Desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Esta competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas indo ao encontro das opções dos utentes.

Unidades de competência:

1. Demonstração de uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;
2. Liderança de forma efetiva nos processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;
3. Avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão.

Competência 2: Garantia da prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O Enfermeiro Especialista manifesta uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados e gere situações potencialmente danosas para o doente.

Unidades de competência:

1. Promoção da proteção dos direitos humanos;
2. Gestão, na equipa, das práticas de cuidados que fomentam a segurança, a privacidade e a dignidade do utente.

No decorrer dos ensinamentos clínicos realizados procurei promover as minhas práticas de cuidados respeitando os direitos humanos do utente/família, no que diz respeito ao acesso à informação dos mesmos, à confidencialidade, à privacidade, aos valores, à segurança da informação escrita e oral adquirida e também quanto aos costumes e crenças espirituais da mesma.

Utilizei estratégias com o utente/família para tentar resolver os problemas de saúde existentes. Realizei consultas de uma forma autónoma o que me permitiu ter oportunidade de refletir sobre as minhas tomadas de decisões na minha prática clínica, baseando-me sempre no Código Deontológico.

Considero ter desenvolvido ações no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal durante as minhas intervenções, permitindo-me aplicar práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2.4.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competência 1: Garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidades de competência:

1. Mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;
2. Orientação de projetos institucionais na área da qualidade.

Competência 2: Desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidades de competência:

1. Avalia a qualidade das práticas clínicas;
2. Planeia programas de melhoria contínua;
3. Lidera programas de melhoria contínua.

Competência 3: Garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes e, atua de forma proativa promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência:

1. Promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;
2. Participação na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

A existência de protocolos, normas e orientações na USFT, onde realizei os meus ensinamentos clínicos, potencializou a uniformidade do cuidar garantindo uma melhoria de qualidade contínua e a manutenção de um ambiente seguro.

Neste contexto, desenvolvi a minha prática de cuidados tendo como base os procedimentos vigentes, tendo sempre em conta a segurança do utente/família, de forma a haver um menor risco possível de erro e, ao mesmo tempo, proporcionar cuidados de qualidade.

2.4.3. Domínio da gestão dos cuidados

Competência 1: Gestão dos cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidades de competência:

1. Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
2. Supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

Competência 2: Adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência:

1. Otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;
2. Adaptação do estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.

Tive a oportunidade de acompanhar a minha orientadora de estágio, enfermeira em funções de chefia, Especialista em Saúde Comunitária, no desempenho das suas funções nomeadamente na gestão de recursos humanos e materiais.

Consegui entender o quão importante é esta competência pois permite gerir melhor os cuidados de Enfermagem otimizando a eficiência, a segurança e a sua melhoria contínua.

2.4.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência 1: Desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade.

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de Enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência:

1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

Competência 2: Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica.

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidades de competência:

1. Responsabilização por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;
2. Suporte da prática clínica em evidência científica;
3. Promoção da formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

O Enfermeiro Especialista deve ter sempre presente a necessidade constante de atualização dos seus conhecimentos através da formação contínua. Desta forma, durante os meus ensinamentos clínicos, procurei rentabilizar ao máximo as oportunidades de aprendizagem. Utilizei o programa informático SClínico assegurando a formulação e implementação de processo e desenvolvimento na minha prática clínica.

Destaco a relação estabelecida com os membros da equipa de Enfermagem, sempre numa perspetiva de motivação, encorajamento e respeito mútuo, reconhecendo as funções de cada um, tendo sempre como objetivo comum prestar o melhor cuidado ao utente/família.

A elaboração do trabalho de investigação inserido na Parte II do presente relatório permitiu-me adquirir um conjunto de conhecimentos científicos, fundamentais para o meu processo de desenvolvimento.

2.5. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE FAMILIAR

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar encontram-se estabelecidas segundo o Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho.

Este Regulamento define o conjunto de competências clínicas especializadas as quais visam promover um enquadramento regulador para a certificação das competências informando os cidadãos sobre as capacidades do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar.

Os CSP têm vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na sociedade atual. Não só constituem a porta de entrada para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) por representarem o primeiro nível de intervenção profissional quer na promoção da saúde quer na prevenção da doença, como assumem um papel diferenciador na proteção e melhoria do próprio estado de saúde quer seja promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis como prestando cuidados de saúde em proximidade, em continuidade e na globalidade para as necessidades do indivíduo e da sua família ao longo da sua vida.

O Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar representa o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP. Daí a extrema importância da prática deste Enfermeiro Especialista. Uma prática baseada em métodos cientificamente credíveis e socialmente aceites pelo indivíduo, pela família e pela comunidade intervindo, gerindo e organizando os recursos de uma forma global nos diferentes processos e fatores familiares. O seu foco de ação são as dinâmicas internas da família, o sistema familiar e o ambiente envolvente.

“Competências específicas” são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstrada através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar consistem em cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

De modo a atingir os objetivos das competências propostas no decorrer dos ensinamentos clínicos, foi selecionada uma família pertencente ao ficheiro de um Enfermeiro de Família da USFT e foi realizado o seu estudo.

Para isso, foi elaborado um plano de cuidados, com os diagnósticos de Enfermagem, os objetivos delineados e as intervenções desenvolvidas de modo a obter ganhos em saúde.

O plano de cuidados de Enfermagem encontra-se no Apêndice V.

2.5.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Saúde Familiar no âmbito do cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

Nesta competência, o Enfermeiro Especialista considera a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições.

No decorrer dos meus ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de desenvolver intervenções de Enfermagem aos utentes, nunca esquecendo o seu contexto familiar nos diferentes níveis preventivos, visando a promoção da saúde e a prevenção da doença, nas diferentes fases da vida, nomeadamente no âmbito da consulta de diabetes, hipertensão, saúde materna, saúde infantil e juvenil e tratamento de úlceras e feridas.

Estas intervenções permitiram-me treinar e conseguir desenvolver uma abordagem colaborativa à família, estabelecendo uma relação terapêutica com o utente/família.

Neste contexto, e sendo um objetivo delineado no ensino clínico II, selecionei uma família e utilizei o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary sendo uma ferramenta que permite uma abordagem aprofundada das famílias, de forma tridimensional, abrangendo a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento das mesmas. (Wright e Leahey, 2019).

Cada uma dessas dimensões integra várias categorias e subcategorias que, no seu conjunto, permitem a avaliação sistémica da família numa perspetiva dinâmica. É utilizado para identificar diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

Fazendo uma avaliação familiar completa e cuidada é possível identificar as dificuldades e necessidades bem como os recursos familiares e suportes sociais e comunitários disponíveis para as enfrentar.

Foram também utilizados vários instrumentos de avaliação familiar como o Genograma, o Ecomapa, a Escala de Grafar e a Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (Apêndices I, II, III e IV).

Durante a avaliação da família tive sempre em consideração em que etapa do ciclo vital a família em questão se encontrava, de maneira a poder identificar as tarefas e os vínculos existentes nesta fase.

Para poder elaborar os diagnósticos de Enfermagem inerentes à família selecionada e, conseqüentemente, o cumprimento de algumas intervenções de Enfermagem foram realizadas duas visitas domiciliárias e duas consultas na USFT.

Um fator importante a referir é o facto de essa família demonstrar um nível de confiança elevado com a sua Enfermeira de Família, o que me permitiu entrar no seio da família com maior facilidade e poder realizar a minha entrevista para o estudo.

A comunicação estabelecida entre mim e os membros da família foi uma mais-valia pois consegui estabelecer uma ligação que facilitou o processo terapêutico que estava a ser desenvolvido.

Deste modo posso concluir que consegui:

1. Estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e o controlo de situações complexas;
2. Colher dados pertinentes para o estado de saúde da família através dos instrumentos de avaliação familiar (Genograma, Ecomapa etc.);
3. Monitorizar as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas tendo em consideração as diferentes etapas de desenvolvimento familiar e individual (crenças culturais e espirituais e os recursos familiares existentes face à complexidade das situações);
4. Desenvolver a prática do Enfermeiro de Família baseada na evidência científica, capacitando a família em saber definir as metas e as expetativas para a sua saúde, elaborando um plano de cuidados de modo a colaborar com a mesma e assim conseguir alcançar melhores resultados;
5. Intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas, através de uma boa comunicação e instituição de diálogo, de forma a facilitar a resolução de conflitos e saber lidar com emoções negativas de modo a minimizar os efeitos negativos entre os vários membros da família;
6. Facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, de forma a ter a perceção de quais os recursos que esta necessita para fazer face as suas carências e ajudá-la a adquiri-los;
7. Envolver-me de forma ativa e intencional na prática de Enfermagem de Saúde Familiar prestando cuidados à família, quer nas visitas domiciliárias quer nas consultas realizadas na USF com a minha enfermeira orientadora, promovendo desta forma um desenvolvimento profissional e pessoal contínuos;
8. Formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de Enfermagem, elaborando um plano de cuidados de Enfermagem de modo a poder avaliar situações relativas à vida familiar associadas a transições decorrentes dos processos desenvolvimentais e/ou crises acidentais.

Este permitiu-me promover o cuidado humanizado, dirigido e orientado para os resultados.

2.5.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Familiar no âmbito do liderar e colaborar em processos de intervenção.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar:

- Lidera e colabora nos processos de interação articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família;
- Promove a colaboração interdisciplinar entre as equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados de Saúde Familiar;
- Referencia a família para outros profissionais de saúde gerindo uma continuidade de cuidados com outras instituições de saúde, de forma a garantir uma melhor qualidade e melhor custo dos serviços oferecidos.

No que diz respeito à família em estudo, esta já tinha sido referenciada para outras instituições a fim de promover continuidade de cuidados de saúde, pelo que não me foi possível desenvolver esta competência no momento da minha intervenção com a referida família. Porém, foi possível mobilizar e articular recursos necessários à prestação de cuidados a um utente acamado em contexto de visita domiciliária. Os familiares não tinham condições para cuidar do mesmo solicitando ajuda junto dos profissionais da USFT pelo que tive oportunidade de poder encaminhar e proceder ao pedido de colaboração por parte de outra instituição a fim de garantir continuidade de cuidados a esse utente.

Em forma de conclusão, após a realização dos ensinamentos clínicos, posso concluir que estes foram uma mais-valia pois permitiram-me direcionar os meus cuidados de Enfermagem numa abordagem familiar holística de forma a prestar cuidados de excelência tendo sempre como objetivo primordial a melhoria da qualidade dos mesmos.

Articulei e adquiri o conhecimento das competências comuns e específicas da Enfermagem Familiar na certeza de que irei aperfeiçoá-las cada vez mais ao longo da minha vida profissional como Enfermeira Especialista.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. HISTÓRIA DA DIABETES

A diabetes *mellitus*, designada genericamente por diabetes, é uma doença que tem marcado a história da humanidade.

As primeiras referências remontam a 1536 a.C., nono ano do reinado de Amenophis I, inscritas num documento médico egípcio descoberto pelo egiptólogo alemão Gerg Ebers, o “Papiro de Ebers” onde era mencionada como uma doença que provocava emissão frequente e abundante de urina.

A designação da doença “diabetes” teve origem na Grécia Antiga. A analogia entre a polidipsia e a poliúria e as palavras aqueduto ou sifão, ambas em grego denominadas “diabetes”, levou a que Apolónio de Memphis a considerasse como uma doença e Demétrio de Apamea lhe atribuisse a denominação atual (Ebers *et al.*, 2015).

Para os gregos a diabetes resultaria de um defeito orgânico que originava a passagem de líquidos pelo corpo sem a capacidade de os reter. Por isso, os diabéticos bebiam muitos líquidos e urinavam muito (APDP, 2009).

Foi Areteu da Capadócia (30-90 d.C.) quem descreveu a diabetes como uma doença cujos sintomas principais eram a perda de peso, a sede, a fome e a necessidade frequente de urinar. Mas, quer a Medicina indiana quer a árabe, faziam igualmente menção à doença, aos seus sintomas e à gangrena como complicação dela resultante.

No século XVII, o inglês Thomas Willis confirmou a existência de glicose na urina quando observou um carreiro de formigas a dirigir-se para o bacio de uma doente diabética; provando essa urina, notou que era doce. No século seguinte, William Cullen associou a designação *mellitus*, com origem no latim, a qual significa “com sabor a mel”. Já no século XIX, Claude Bernard e Apolline Bouchardat desenvolveram estudos sobre a função do pâncreas e a sua disfunção como possível causa da diabetes.

Também por essa altura Paul Langerhans descobriu grupos de células no pâncreas, secretoras de insulina. Em 1989, Oskar Minkowsky provocou a diabetes em cães através da remoção cirúrgica do pâncreas e, já no século passado, Frederick Banting e Charles Best elaboraram um preparado contendo insulina o qual melhorava a hiperglicemia quando administrado a um cão diabético (Ebers *et al.*, 2015).

Devido à sua progressiva prevalência e em resposta à preocupação crescente como problema de saúde pública, desde 1991 que se celebra o Dia Mundial da Diabetes, a 14 de novembro, como homenagem a Frederick Banting, Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia em 1923, co-responsável pela descoberta da insulina, numa época em que a diabetes ainda causava invariavelmente a morte.

Em Portugal, em 1926, Ernesto Roma criou a primeira associação para diabéticos a nível mundial, a Associação Protetora dos Diabéticos Pobres, hoje denominada Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP, 2009).

Também, ao longo dos anos, o tratamento da diabetes tem sofrido grandes evoluções desde a descoberta da insulina. Têm surgido novas moléculas quer por administração oral quer de administração injetável as quais têm contribuído para o melhor controlo da doença. Todavia, este controlo é reforçado ou mantido por medidas não farmacológicas (modificação do estilo de vida - padrão alimentar saudável, atividade física), essencialmente da responsabilidade do próprio doente, com a colaboração de outros profissionais (nutricionista, podologista, oftalmologista), mas muito sobretudo com o acompanhamento de intervenções de enfermagem que procuram a participação, o envolvimento e o compromisso do doente na gestão da sua doença.

A meta a atingir com o tratamento consiste em manter o nível da glicémia o mais controlado possível e tem como objetivo retardar e/ou prevenir as complicações associadas à diabetes (ADA, 2022).

1.2. EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES

A DM é considerada hoje como um grave problema de saúde pública que, pela sua prevalência, ocasiona elevada morbi-mortalidade e envolve altos custos sociais e económicos. É uma doença crónica que se arroga como uma das principais causas de cegueira, de amputações não traumáticas e de doença renal crónica. É ainda uma causa importante de mortalidade prematura e de redução de anos de vida saudável. O seu impacto quer pessoal bem como nas dinâmicas familiar e social assumem uma importância considerável (Direção-Geral da Saúde, 2019b).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define doenças crónicas como sendo doenças de duração prolongada e progressão lenta e descreve os quadros crónicos como sendo problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas (OMS,2002).

É uma doença cuja prevalência se agrava mundialmente sobretudo devido ao envelhecimento e ao estilo de vida da população, cada vez mais sedentária e voltada para uma alimentação desequilibrada conducente à obesidade (Couras Corrêa, Martins Farias e Gomes de Lima, 2017). Estima-se que, em todo o mundo, a doença afete cerca de 578 milhões de pessoas em 2030 e cerca de 700 milhões em 2045. Na Europa, mais de 60 milhões de pessoas têm diabetes projetando-se o valor de 68 milhões até 2045. Por sua vez, Portugal detém uma das taxas de prevalência mais elevadas em adultos dos 20 aos 79 anos (14,2% em 2020) (Atlas, 2019).

É, por conseguinte, a diabetes uma doença de evolução crónica que afeta qualquer indivíduo independentemente da sua idade, condição sócio-económica ou localização geográfica.

A DM2 é o tipo mais comum de diabetes representando cerca de 90% de todos os casos de diabetes em todo o mundo (Atlas, 2019).

Em 2018 os portugueses, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, apresentavam uma prevalência estimada da diabetes de 13,6% com 7,7% dos casos já diagnosticados e 5,9% por diagnosticar. Esta prevalência aumenta com o género (masculino) e com a idade (mais de um quarto dos diabéticos têm entre 69-70 anos). Tem igualmente uma prevalência maior na população com excesso de peso ou obesidade (Raposo, 2020). De destacar que, na última década, constatou-se um crescimento anual ligeiro do número de novos casos bem como um aumento do número de novos casos diagnosticados nos últimos três anos (Raposo, 2020). Em 2021, foram registados 74.396 novos casos de diabetes, a nível dos Cuidados de Saúde Primários encontrando-se registadas, no SNS, 857.272 pessoas com diabetes (ACSS, 2021).

O tratamento da diabetes no adulto deve ser personalizado tendo em consideração fatores pessoais (género, comportamento do doente, duração da doença, esperança de vida, comorbilidades, recursos) e fatores institucionais (recursos do sistema de saúde). Para 2030 projeta-se uma taxa de mortalidade padronizada de 25,6 óbitos por 100000 habitantes. Já no que respeita à mortalidade prematura é projetada uma taxa de 4,7 óbitos por 100000 habitantes (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Por isso os custos sociais e económicos são enormes aliados ao impacto psíquico nos familiares destes doentes. Estes custos são decorrentes da despesa em cuidados de saúde, diminuição da produtividade e perda de rendimentos não só do doente como dos seus cuidadores. Em Portugal, ainda em 2018, representou um custo direto estimado entre 1300-1550 milhões de euros ou seja, um custo médio por diabético de 1524,4 € o que representou 0,8% do Produto Interno Bruto e 9% da despesa em saúde exclusivamente com a diabetes (Raposo, 2020).

1.3. FISIOPATOLOGIA DA DIABETES

A fisiopatologia da diabetes tipo 2 é multifatorial envolvendo mecanismos genéticos e ambientais, que incluem a diminuição da sensibilidade à insulina nos tecidos periféricos, a alteração da secreção pancreática de insulina (disfunção das células β), a secreção inapropriada de glucagon (disfunção das células α) com aumento da sensibilidade hepática ao glucagon e alterações no efeito incretina. Ao mesmo tempo verifica-se uma associação com a obesidade e a acumulação da gordura visceral com alteração do metabolismo da

gordura e aumento da lipólise, disfunção de neurotransmissores e aumento da reabsorção renal da glicose (Galicia-Garcia *et al.*, 2020).

1.4. CLASSIFICAÇÃO DA DIABETES

A DM é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue. A hiperglicemia deve-se ou à insuficiente produção de insulina (insulinopenia), à insuficiente ação da insulina (insulinorresistência) ou, mais frequentemente, à junção destes dois fatores sendo estes os principais mecanismos fisiopatológicos reconhecidos (Health, 2022).

Os ilhéus de Langerhans constituem a porção endócrina do pâncreas (existem mais de 1 milhão nos seres humanos) e, cada um destes, é composto por centenas de células secretoras que incluem as células α e as células β .

A insulina é uma hormona produzida pelas células β que, em resposta à ingestão de alimentos, atua em vários tecidos facilitando a entrada de glicose nas células no qual intervém igualmente um processo neuro-hormonal. O glucagon é uma hormona produzida pelas células α que, perante uma baixa concentração plasmática de glicose, induz a produção de glicose. Naquele processo neuro-hormonal, os níveis de glicose representam o estímulo mais importante para a síntese e libertação de insulina e regulam a atividade das células α e β dos ilhéus de Langerhans. Níveis elevados de glicose estimulam a produção de insulina e inibem a libertação de glucagon, enquanto níveis baixos de glicose estimulam as células α e, em consequência, a libertação de glucagon. Por outro lado, as fibras nervosas simpáticas aumentam a libertação de glucagon e inibem a de insulina, ao passo que as fibras parassimpáticas aumentam a secreção das duas hormonas.

Existem vários tipos de diabetes mellitus:

1. Diabetes tipo 1
2. Diabetes tipo 2
3. Diabetes Gestacional
4. Outros tipos específicos de diabetes: diabetes tipo adulto do jovem (MODY), diabetes autoimune latente do adulto (LADA); diabetes associada a perturbações do pâncreas exócrino (pancreatites, fibrose quística, cancro do pâncreas), diabetes associada a endocrinopatias (Síndrome de Cushing, feocromocitoma, acromegália), diabetes associada a infeções virais (adenovírus, citomegalovírus, hepatite C), diabetes de causa iatrogénica (corticosteroides, amiodarona, diuréticos tiazídicos), entre outras (ADA, 2022).

Dos vários tipos de diabetes acima descritos, os tipos 1 e 2 são os mais frequentes (Atlas, 2019).

Sumariamente, passo a caracterizar cada um dos tipos de diabetes:

- Diabetes tipo 1, mais comum nos indivíduos com idade inferior a 20 anos, corresponde a 5-10% de todos os casos. É causada pela destruição das células β do pâncreas através de um mecanismo autoimune (DM tipo 1 autoimune) ou de um mecanismo em que não se consegue documentar a existência de um processo imunológico (DM tipo 1 idiopática).

Pode ocorrer em qualquer idade, mas, habitualmente, revela-se na infância ou na adolescência, geralmente com sintomas clássicos como poliúria, polidipsia, polifagia e perda repentina de peso; cerca de 30% das crianças e adolescentes apresentam cetoacidose diabética, uma emergência metabólica.

Os doentes portadores de diabetes tipo 1 apresentam risco aumentado para outras doenças autoimunes como a doença autoimune da tiróide e a doença celíaca (ADA, 2022).

- Diabetes tipo 2, geralmente em adultos, encontra-se sobretudo associada à resistência periférica à ação da insulina (insulinorresistência) pela resposta inadequada das células β pancreáticas (deficiência relativa de insulina) e pelo aumento da secreção de glicose.

Resulta de alterações na ação e/ou na secreção de insulina e envolve dois processos patogénicos primários: o declínio progressivo da função produtora de insulina pelas células β dos Ilhéus de Langerhans pancreáticos com inadequada supressão da secreção de glucagon, e a resistência à insulina por diminuição da resposta tecidual à mesma.

Está geralmente associada a fatores ambientais como o excesso de peso ou obesidade, o sedentarismo e a uma dieta rica em hidratos de carbono.

A diabetes tipo 2 cursa frequentemente sem sintomas, contudo pode manifestar-se com sintomas típicos de hiperglicemia como poliúria, polidipsia e polifagia (ADA, 2022).

- Diabetes Gestacional, aquela que se identifica, pela primeira vez, no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, ou seja, uma diabetes que não era claramente evidente antes da gravidez. As utentes com diabetes no primeiro trimestre seriam classificadas como tendo diabetes anterior a essa gestação.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de Diabetes Gestacional incluem os fatores de risco clássicos para diabetes tipo 2, incluindo obesidade, história pessoal de Diabetes Gestacional anterior ou intolerância à glicose e história familiar de diabetes tipo 2. A gestação múltipla também pode aumentar o risco de Diabetes Gestacional.

Este tipo de diabetes conduz a hiperinsulinemia fetal e aumento do crescimento fetal aumentando o risco de nado-mortos e de complicações neonatais como hipoglicémia, hiperbilirrubinemia e lesões do plexo braquial provocadas pela macrossomia fetal. Quando não tratada pode originar parto prematuro, pré-eclâmpsia e morbimortalidade maternas associadas ao parto (Caughey e Turrentine, 2017).

- Outros tipos específicos de diabetes: ocorrem por causas monogénicas relacionadas com alterações genéticas ou por causas secundárias as quais alteram ou a função das células β ou a sensibilidade à insulina causando hiperglicemia.

Dado que os níveis de glicemia em jejum representam um risco contínuo e linear para o desenvolvimento de diabetes, considera-se uma classe intermediária entre a normoglicemia e a condição de diabetes denominada Hiperglicemia Intermédia a qual acarreta um risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes. São doentes que se encontram em estadios distintos da alteração do metabolismo da glicose. A Hiperglicemia Intermédia subdivide-se em Anomalia da Glicemia de Jejum e Tolerância Diminuída à Glicose (ElSayed *et al.*, 2023).

1.5. DIAGNÓSTICO DA DIABETES

Os valores normais da glicemia capilar em jejum situam-se entre os 70 e os 100 mg/dl ou inferiores a 140 mg/dl duas horas após uma refeição (glicemia pós-prandial).

Considera-se estabelecido o diagnóstico de diabetes na presença de:

- 1- Sintomas de hiperglicemia (como poliúria ou polidipsia) ou crise hiperglicémica com glicose plasmática aleatória ≥ 200 mg/dl;
- 2- Glicemia plasmática em jejum (ausência de ingestão calórica durante pelo menos 8 horas) superior a 126 mg/dl;
- 3- Glicemia plasmática superior a 200 mg/dl, 2 horas após uma Prova de Tolerância à Glicose Oral (75 g de glicose anidra dissolvida em água, administrada segundo as diretrizes da OMS, e garantida a ingestão adequada de hidratos de carbono, ≥ 150 g/dia, durante 3 dias);
- 4- Hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (ADA, 2022).

O diagnóstico de diabetes numa pessoa assintomática não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas.

Para o diagnóstico da Diabetes Gestacional devem observar-se os seguintes valores para o plasma venoso:

- a) Glicemia de jejum, a realizar na 1.^a consulta de gravidez, ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl;
- b) Se glicemia de jejum < 92 mg/dl, realiza-se PTGO com 75 g de glicose, às 24-28 semanas de gestação.

É critério para diagnóstico de diabetes gestacional, a confirmação de um ou mais dos seguintes valores: às 0 horas, glicemia ≥ 92 mg/dl; à 1 hora, glicemia ≥ 180 mg/dl; às 2 horas, glicemia ≥ 153 mg/dl.

O diagnóstico de Hiperglicemia Intermédia faz-se com base nos seguintes parâmetros:

- a) Anomalia da Glicemia de Jejum: glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl;
- b) Tolerância Diminuída à Glicose: glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Embora se trate de uma doença multifatorial, o controlo da diabetes tipo 2 no adulto deve ser individualizado de acordo com os fatores específicos de cada (Garber *et al.*, 2018).

Para o seu controlo, a HbA1c constitui excelente indicador pois é considerada confiável como indicador de glicemia crónica porque reflete os níveis médios de glicose nas 8 a 12 semanas anteriores (Nathan, 2015)

A HbA1c representa a medida ponderada da glicémia média em que os níveis recentes de glicose afetam mais a HbA1c do que os níveis mais antigos - o nível médio de glicose dentro de 30 dias após o teste representa cerca de 50% do resultado e o nível médio de glicose > 90 dias antes do teste representa apenas cerca de 10% do resultado (EISayed *et al.*, 2023).

A HbA1c, como índice de glicemia média, é preditora do risco de desenvolver complicações crónicas associadas à diabetes e encontra-se amplamente aceite como instrumento de monitorização e de orientação não apenas para ajustes terapêuticos mas, sobretudo, para o controlo metabólico (Mendes e Santiago, 2022).

Os valores consensualmente aceites para a monitorização da diabetes são aqueles que apontam 7% como uma meta razoável para o controlo da doença sem a existência de hipoglicemias significativas, porém tendo sempre em conta as especificidades individuais (duração da doença, idade e expectativa de vida, presença de outras co-morbilidades ou de complicações da doença já instaladas, efeitos adversos dos fármacos, literacia, recursos e rede familiar).

Esta monitorização deve ser realizada 2 a 4 vezes por ano de acordo com os valores apresentados pelo doente (ADA, 2022).

1.6. COMPLICAÇÕES DA DIABETES

A Diabetes é responsável por complicações graves, algumas delas fatais, que podem ser consideradas agudas ou crónicas. As complicações da DM2 são uma consequência da exposição dos vários órgão-alvo (rins, olhos, nervos periféricos e sistema cardiovascular) a níveis de glicemia elevados (Health, 2022).

De entre as complicações agudas incluem-se a cetoacidose diabética, a síndrome hiperglicémica hiperosmolar e a hipoglicemia.

Das complicações crónicas destacam-se as microvasculares (nefropatia, retinopatia e neuropatia) e as macrovasculares (doença coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica) (ADA, 2022).

Os mecanismos que levam a complicações micro e macrovasculares incluem:

- a) a alta concentração intracelular de glicose ativa a proteína quinase C (PKC), que causa alterações estruturais e funcionais nos vasos, incluindo alterações na permeabilidade celular, inflamação, angiogénese, crescimento celular, expansão da matriz extracelular e apoptose;
- b) a resistência à insulina contribui para a disfunção endotelial e produz um estado pró-trombótico - aumento da síntese celular do inibidor do ativador do plasminogénio-1 e fibrinogénio, e diminuição da síntese do ativador do plasminogénio tecidual, resultando em redução da inibição da agregação plaquetária e trombose (Banday, Sameer e Nissar, 2020).

A doença cardiovascular é a causa mais comum de morbidade e mortalidade em utentes com DM2 e requer controlo intensivo da glicose, lipídios e tensão arterial para reduzir o risco de complicações posteriores ou a progressão da doença. A DM2 está associada a risco maior de doença coronária como o enfarte agudo do miocárdio, muitas vezes silencioso, a insuficiência cardíaca e a um risco maior de doença cerebrovascular como o acidente vascular cerebral (McAllister *et al.*, 2018).

A retinopatia diabética é uma das principais causas de perda de visão em pessoas de meia-idade e idosos e fica a dever-se a alterações vasculares da retina e edema da mácula. Um terço dos diabéticos têm retinopatia diabética (Wong, Cheung e Larsen, 2016).

A nefropatia diabética pode progredir para doença renal crónica e é uma das principais causas de doença renal terminal (insuficiência renal) com necessidade de terapêutica de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal). Aproximadamente 20% a 40% dos diabéticos desenvolvem doença renal. É provocada por um aumento da permeabilidade glomerular e por alterações morfológicas (espessamento da membrana basal dos capilares) que levam a um aumento da proteinúria e excreção de albumina e redução da taxa de filtração glomerular (Papadopoulou-Marketou, Chrousos, e Kanaka-Gantenbein, 2017). A neuropatia diabética compreende um grupo heterogéneo de distúrbios resultantes de danos no sistema nervoso periférico manifestando-se frequentemente como dor e/ou debilidade nas extremidades, afetando até 50% dos utentes com diabetes em algum momento durante o decurso da doença. São fatores-chave na patogénese e progressão da doença a hiperglicemia prolongada, o *stress* oxidativo e inflamatório e a dislipidemia. A forma mais comum é a polineuropatia simétrica distal. As alterações da neuropatia diabética devem-se a mecanismo múltiplos, quer microvasculares quer nervosos. Sintomas de tipos menos comuns de neuropatia diabética incluem a disfunção erétil e a incontinência urinária (Pop-Busui *et al.*, 2017).

É importante referir que as lesões do pé diabético são uma causa significativa de morbidade mortalidade. As complicações do pé diabético, se não são prevenidas e/ou tratadas

atempadamente, podem evoluir para amputações designadas como *minor* (parte do pé) ou *major* (ao nível do tornozelo, perna ou coxa).

Em Portugal, em 2020, verificaram-se 2758 admissões por pé diabético, com uma letalidade intra-hospitalar de 6,9%. Estes são, em geral, internamentos prolongados (Direção-Geral da Saúde, 2021).

O pé diabético define-se como o pé do doente diabético com ulceração, infeção ou destruição dos tecidos profundos, em associação com alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica. A doença arterial periférica na DM2 está associada a amputação importante dos membros inferiores (Neville, Kayssi, Buescher, 2016).

As complicações da diabetes interferem com a qualidade de vida do doente sendo um fator de morbimortalidade, incapacidade com absentismo laboral e antecipação da aposentação. Contudo, as complicações podem ser prevenidas ou atenuadas mantendo a glicémia o mais próximo possível dos valores normais de referência (Skyler *et al.*, 2017).

1.7. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O Plano Nacional de Saúde (2021-2030) é um instrumento essencial de governação em saúde que orienta e facilita a elaboração de estratégias em saúde com a aplicação de um novo paradigma na abordagem e na intervenção dos problemas de saúde.

Este Plano defende a identificação das necessidades específicas e das estratégias de intervenção pelo Enfermeiro de Família subjacente a um modelo de proximidade de modo a direcionar o foco da prática dos enfermeiros para o indivíduo e para a família enquanto unidade de cuidados, visando a melhoria do seu estado de saúde, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades, ou seja, caracteriza as necessidades específicas e as estratégias de intervenção para os diversos problemas de saúde, entre os quais a diabetes, e, perante os quais o Enfermeiro de Família carece de prestar os melhores cuidados (ACSS, 2021).

A nível dos CSP, no ano de 2018, 74% dos utentes com DM realizaram consulta de vigilância de Enfermagem (Direção-Geral da Saúde, 2019b) contudo, deste doentes vigiados, apesar da terapêutica instituída, 40% não se encontrava nos valores alvo da HbA1c (Bourbon, Alves e Rato, 2019). Em contrapartida, em 2020, a proporção de utentes inscritos nos CSP com Enfermeiro de Família atribuído foi de 86,3 %, seguindo uma evolução ascendente desde 2015 (ACSS, 2021).

Nestas consultas de Enfermagem de vigilância de diabetes é prática habitual a monitorização de parâmetros biométricos, a promoção de estilos de vida saudável como a abordagem nutricional e a atividade física, o ajuste psicossocial, promoção para a monitorização e adesão à terapêutica, prevenção das hipoglicémias, controlo dos fatores de risco e exame dos pés.

Este último deve estar sempre incluído na consulta de Enfermagem pois, como foi referido anteriormente, a neuropatia diabética é uma das complicações microvasculares que ocorre na diabetes e que pode levar à amputação.

Segundo a ADA, (2019) 50% dos diabéticos podem apresentar neuropatia periférica, podendo ser esta assintomática, daí a importância de cuidados preventivos a fim de evitar o risco de lesões nos pés.

A avaliação do pé diabético deve ser realizada anualmente e, de acordo com a classificação do grau de risco, poderão ser necessárias avaliações mais frequentes. Uma boa avaliação do pé requer duas medidas simples para a sua realização: história clínica (verificar se existem fatores de risco que possam desenvolver úlceras e amputações, como por exemplo, a duração da DM, controlo glicémico inadequado, história de complicações micro e macro vasculares, história de ulceração ou amputação, tabagismo e dor); o exame aos pés (verificar existência de alterações dermatológicas – coloração da pele, temperatura e distribuição dos pêlos, integridade da pele e das unhas, existência de deformidades nomeadamente nas proeminências ósseas).

A avaliação neurológica dos pés tem como objetivo principal identificar a perda de sensibilidade protetora dos pés. Para a sua realização, é utilizado o monofilamento Semmes-Weinstein de 10g para avaliação da sensibilidade tátil, o Diapasão 128Hz para a sensibilidade vibratória, o martelo para a avaliação do reflexo tendinoso de Aquiles.

Quanto à avaliação vascular o exame físico dos pés deve contemplar no mínimo a palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores (Calixto *et al.*, 2018).

Segundo o modelo lógico de planeamento seguido no PNS 2021-2030, as necessidades de saúde identificadas têm a grande função de orientar a seleção das estratégias de intervenção configurando a DM2 um problema de saúde de elevada magnitude em que as grandes linhas de orientação estratégica consistem em melhorar o acesso e a intervenção no sentido da prevenção de complicações ou de agudização de doenças crónicas.

Daí que os CSP tenham vindo a assumir um papel cada vez mais preponderante na sociedade atual. Não só constituem a porta de entrada para o Serviço Nacional de Saúde por representarem o primeiro nível de intervenção profissional quer na promoção da saúde quer prevenção da doença, como assumem um papel diferenciador na proteção e melhoria do próprio estado de saúde quer seja promovendo comportamentos e estilos de vida saudáveis como prestando cuidados de saúde em proximidade, em continuidade e na globalidade para as necessidades do indivíduo e da sua família ao longo da sua vida.

Por isso mesmo, o Enfermeiro de Saúde Familiar representa o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos CSP (Direção Geral da Saúde, 2021).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar assume-se como a referência profissional que garante o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo de todo o seu ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). É também aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados na área da sua respetiva especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

À semelhança de outras especialidades, o Enfermeiro de Família exerce um papel primordial no contacto com os seus utentes intervindo na doença e, orientando-os, de modo a conseguir oferecer a resposta mais adequada a cada nível de necessidade do doente.

Mas uma característica diferenciadora do Enfermeiro de Família é o seu papel na prevenção da doença e na promoção da saúde e na literacia. E esta vocação surge da relação humana que estabelece com a pessoa, saudável ou doente. Uma relação próxima e cúmplice. Ao mesmo tempo interage com a comunidade pois para uma compreensão plena e holística do doente é indispensável o conhecimento geral do ambiente onde ele vive. E, neste contexto, a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados diferenciados.

Para tanto, as Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar consistem em cuidar da família e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

Assim, é seu desiderato, cuidar da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital considerando a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação e focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. Para tal, reúne, entre outras, as competências de saber estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção da doença e o seu controlo monitorizando as respostas obtidas quer do próprio doente quer da família às intervenções de Enfermagem realizadas. Consubstancia uma Enfermagem de Saúde Familiar com um envolvimento prático, ativo e intencional (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

O Enfermeiro de Família garante respostas em saúde de proximidade, com centralidade na pessoa e na família, no seu percurso do ciclo de vida. Ao mesmo tempo tem por missão liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar gerindo, articulando e mobilizando os recursos necessários à prestação de cuidados à família gerindo este sistema de cuidados de saúde aos diferentes níveis de prevenção.

Hoje em dia, o Enfermeiro de Família tem uma participação significativa na organização e no funcionamento de qualidade dos serviços de saúde o que o torna incontornável e

imprescindível pois contribui de uma forma determinante para a sustentabilidade do SNS e para os ganhos em saúde da população.

Acarretando a DM elevados custos pessoais, sociais e económicos, o Enfermeiro de Família encontra um campo de intervenção tão necessária quanto impreterível respondendo ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros:

Artigo 101º - O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: Do dever para com a comunidade - b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;

Artigo 110º - Da humanização dos cuidados. O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Artigo 112º - Dos deveres para com outras profissões. O enfermeiro assume, como membro da equipa de saúde, o dever de: c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços (Lei nº 156/2015 16 de Setembro, 2015).

Sendo assim, a diabetes, como doença crónica, requer intervenções de Enfermagem de forma a prevenir as complicações agudas e a reduzir o risco de complicações crónicas cabendo ao Enfermeiro de Família desenvolver estratégias que permitam ao doente diabético um envolvimento ativo e apropriado no seu processo terapêutico.

A intervenção atempada e eficiente do Enfermeiro de Família para um bom controlo da doença pode limitar os efeitos negativos da hiperglicemia prevenindo ou retardando o aparecimento das complicações da doença (Azami *et al.*, 2018).

Segundo Wright e Bell (citado por Wright e Leahey, 2010, p. 7) intervenção de Enfermagem é “qualquer ação ou resposta da enfermeira, incluindo ações terapêuticas e reações internas cognitivo-afetivas evidentes, ocorridas no contexto de um relacionamento enfermeira-cliente, oferecidas para efetivar os funcionamentos: individual, familiar ou comunitário pelos quais a enfermeira é responsável”.

O objetivo de uma intervenção de Enfermagem é efetuar mudança. Para que uma intervenção de Enfermagem seja eficiente, os utentes têm que estar recetivos às mesmas de modo a que se obtenham resultados. As intervenções de Enfermagem são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar (Madureira Dias *et al.*, 2011).

As intervenções do enfermeiro podem ser autónomas ou interdependentes.

- As intervenções autónomas são as ações realizadas pelo enfermeiro, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade. Tendo com linha de base a colheita de dados

realizada, o enfermeiro elabora um plano de cuidados no qual são feitos os diagnósticos, implementadas as intervenções a realizar e as suas respetivas avaliações.

- As intervenções interdependentes são as ações realizadas pelo enfermeiro em conjunto com outros técnicos para atingir um objetivo comum (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

Assim sendo, as exigências dos contextos da prática são, em si, geradoras da necessidade da atualização de conhecimentos e de novas práticas conducentes a respostas em saúde adequadas, atualizadas, seguras e eficazes. A que se associa, inerentemente, a própria satisfação e realização profissionais.

Para tal, o conhecimento de intervenções eficientes de Enfermagem no domínio do controlo da DM2 no adulto e para ela direcionadas poderá contribuir para uma melhor gestão dos cuidados a aplicar em todas as etapas do processo de Enfermagem com o objetivo de se vir a obter mais ganhos em saúde nos planos pessoal, familiar e social. Afinal, a gestão eficaz desta doença não se deve restringir apenas às prescrições biomédicas.

Todavia, esta intervenção do Enfermeiro de Família no controlo da DM2 no adulto deve ser suportada pela melhor evidência científica de forma a validá-la e a torná-la aplicável na prática de forma a proporcionar ganhos em saúde para o doente, para a sua família e para a comunidade.

Com o objetivo de pesquisar a evidência existente no âmbito da temática exposta, a presente RSL foi estruturada de maneira a informar sobre a eficácia das intervenções de Enfermagem no controlo da DM2 e os seus resultados. Assim, irei apresentar o desenho de vários estudos que fundamentam e descrevem as intervenções do Enfermeiro de Família no âmbito do controlo da DM2.

2. METODOLOGIA

Na fase metodológica o investigador determina a forma como irá proceder para a realização da sua investigação (Fortin, 2009). O trabalho apresentado centra-se numa RSL, na medida em que é feita uma análise das evidências científicas da literatura que se focam numa única questão de investigação (Bettany-Saltikov e McSherry, 2016).

A RSL é um tipo de investigação científica que busca responder a uma pergunta de pesquisa claramente formulada. Esta tem como objetivo avaliar criticamente a metodologia da pesquisa e sintetizar os resultados de diversos estudos primários. É considerada a evidência científica de maior grandeza e é indicada na tomada de decisão na prática clínica. Mesmo quando a evidência é limitada ou inexistente, esta resume as melhores evidências disponíveis sobre o tema específico (Apóstolo, 2017).

Pretendo realizar uma RSL de evidência de eficácia tendo em conta que a mesma informa sobre a eficácia de uma intervenção num resultado ou resultados (JBI, 2014a).

Para tal, irei considerar estudos quantitativos. Estes englobam estudos experimentais incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios controlados não randomizados ou outros estudos quasi-experimentais, incluindo estudos antes e depois.

De forma a verificar se as intervenções de Enfermagem contribuem para um melhor controlo da DM2, irei realizar um estudo suportado nos princípios metodológicos de uma revisão sistemática com base nas orientações do JBI.

O uso da metodologia do JBI é recomendado para conduzir revisões sistemáticas, pois esta tem como base o modelo de saúde fundamentado em evidência. O JBI considera que os profissionais de saúde precisam de provas para fundamentar atividades e/ou intervenções e que, durante a tomada de decisões clínicas, a sua abordagem deve ser analisada para se certificar de que é viável, adequada, significativa e efetiva (Mombaque dos Santos *et al.*, 2018).

Neste contexto, este estudo será desenvolvido com os seguintes passos:

- Formulação de pergunta de revisão;
- Definição dos critérios de inclusão e exclusão;
- Localização e seleção dos estudos;
- Avaliação da qualidade metodológica dos estudos;
- Extração dos dados;
- Análise e síntese dos resultados relevantes;
- Apresentação dos dados e interpretação dos resultados.

2.1. FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE REVISÃO

A definição da questão central de uma revisão sistemática da literatura é crucial. Antes de partir para a elaboração da pergunta de investigação é importante que o investigador faça uma reflexão quanto à pertinência do estudo bem como da viabilidade da sua execução. Como em qualquer pesquisa, a primeira e mais importante decisão no planeamento da revisão sistemática é a determinação do seu foco de atenção.

De acordo com Bettany-Saltikov e McSherry (2016), uma boa revisão sistemática deverá conter a formulação de uma e apenas uma questão de partida, sendo ela suficientemente compreensível e específica.

De forma a se conseguir um desenvolvimento de conhecimento e o cumprimento dos objetivos da investigação é importante que a pergunta de investigação seja construída de maneira clara e explícita (Fortin, 2009).

Para elaborar a questão de investigação recorri à mnemónica PICOD traduzindo População, Intervenção, Comparador, Resultado (*Outcome*), Desenho do estudo e a eficácia procurada (JBI, 2014a). Partindo da análise dos pressupostos teóricos, defini a seguinte questão para o presente estudo:

“Existe evidência científica que a intervenção do Enfermeiro de Família, na área dos Cuidados de Saúde Primários, melhora o controlo da Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto?”

Para responder à questão de investigação defini o seguinte objetivo geral:

- Conhecer os estudos realizados no âmbito da intervenção do Enfermeiro de Família, na área dos Cuidados de Saúde Primários, no controlo da DM2 no adulto.

Defini ainda os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as intervenções do Enfermeiro de Família, na área dos Cuidados de Saúde Primários, que contribuem para o controlo do doente com DM2 no adulto;
- Descrever as intervenções do Enfermeiro de Família, na área dos Cuidados de Saúde Primários, que contribuem para o controlo da DM2 no adulto.

2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para elaborar uma RSL impõe-se a especificação dos critérios de elegibilidade dos estudos a analisar. Estes são definidos a partir de uma combinação de aspetos inerentes à questão de investigação, à precisão do tipo de participantes, da intervenção, comparações e desenho dos estudos, baseando-se na questão de investigação (JBI, 2014a). Para tal, partindo da questão de investigação e de forma a limitar os estudos a analisar, foram definidos os seguintes critérios para inclusão/exclusão de estudos na revisão sistemática da literatura.

Quadro 2 - Critérios de seleção de estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P - Participantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adultos com Diabetes Mellitus tipo 2, do género feminino e masculino. - Diabéticos tipo 2, homens e mulheres, adultos; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diabéticos tipo 1; ✓ Crianças; ✓ Grávidas.
I - Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervenções de Enfermagem que contribuam para o controlo da diabetes tipo 2 no adulto. ✓ Eficácia das intervenções de Enfermagem aos doentes diabéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todo o tipo de intervenção de Enfermagem que não contribuam para o controlo da diabetes tipo 2.
C - Comparação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudos que comparam as intervenções de Enfermagem com intervenções habituais nos grupos de controlo com intervenções intensivas nos grupos de intervenção. <p>Estudos que tenham grupos de controlo e grupos de intervenção</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudos que não apresentam grupos de controlo e de intervenção.
O - Outcome/ Resultado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhoria nos valores da HbA1c e mudança nos hábitos de vida, após intervenções de Enfermagem, levando a uma melhor qualidade de vida e consequentemente a um melhor controlo da diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos os estudos que não analisem os critérios de inclusão.
D - Desenho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudos realizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários; ✓ Estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; ✓ Qualquer desenho do tipo experimental, incluindo estudos randomizados e estudos quasi-experimentais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudos que abrangem meio hospitalar; ✓ Estudos não relacionados com a temática em análise.

2.3. LOCALIZAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Os títulos e *abstracts* foram avaliados, em termos de relevância e de desenho de estudo, de acordo com os critérios de seleção. A versão completa dos artigos foi obtida quando, a partir desta avaliação inicial, eles satisfaziam os critérios de inclusão. Posteriormente, os artigos completos foram verificados para identificar aqueles que contemplavam os critérios elegíveis. Com base na questão formulada definiram-se as palavras-chave Enfermagem, Diabetes Mellitus tipo 2, Educação para a Saúde, HbA1c, Cuidados de Saúde Primários.

A pesquisa foi realizada entre o período de 20 de outubro de 2022 e 10 de novembro de 2022. Foi estruturada em três etapas:

1) Pesquisa inicial nas bases de dados, Medline Complete, Mediclatina, CINAHL Complete (via EBSCOhost) e PubMed de modo a identificar as palavras mais usualmente utilizadas nos títulos e *abstracts* dos estudos, assim como os termos de indexação;

2) Como forma de interligar a pesquisa e direcionar para o foco pretendido foram utilizados os operadores booleanos *OR* e *AND*, ajustada de acordo com as especificidades de cada base de dados/repositório incluída na revisão como pode ser analisado na estratégia de pesquisa apresentada nos Anexos I, II, III e IV.

3) A lista de referências de cada trabalho selecionado foi analisada de modo a incluir potenciais estudos adicionais. Através da pesquisa na plataforma *Mesh Browser* identificaram-se os descritores: “Diabetes Mellitus type2”, “nursing care”, “nurse’s role”, “nurses roles”, “health education”, “primary health care” “community”, “Blood HbA1c protein, human” e “HbA1c”.

A partir destes descritores procurei estudos que me permitiram identificar intervenções de Enfermagem que contribuem para o controlo da DM2 no adulto.

Os limitadores usados para cada base de dados foram os seguintes:

PUBMED: Free full text; 5 years; Humans.

CINAHL Complete: Boleanos/Frase; Texto completo; Resumo disponível; Data de publicação (janeiro 2017 a outubro 2022); Língua inglesa; Humano; Idioma: English; Sexo (tudo); Faixa etária (All Adult); Texto completo em PDF.

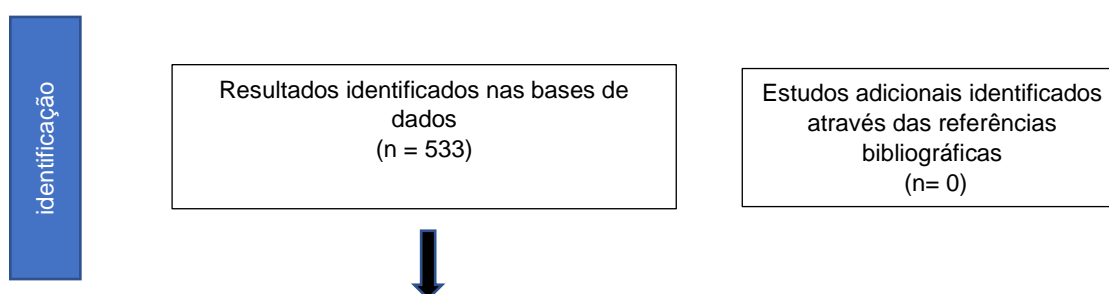
MEDLINE Complete: Boleanos/Frase; Texto completo; Resumo disponível; Data de publicação (janeiro 2017 a outubro 2022); Língua inglesa, português, espanhol; Humano; Idioma: English; Sexo (tudo); Faixa etária (All Adult 19 + years); Texto completo em PDF.

Mediclatina: Boleano/Frase; Texto completo; Língua inglesa, português, espanhol; Data de publicação (janeiro 2017 a outubro 2022); Texto em PDF.

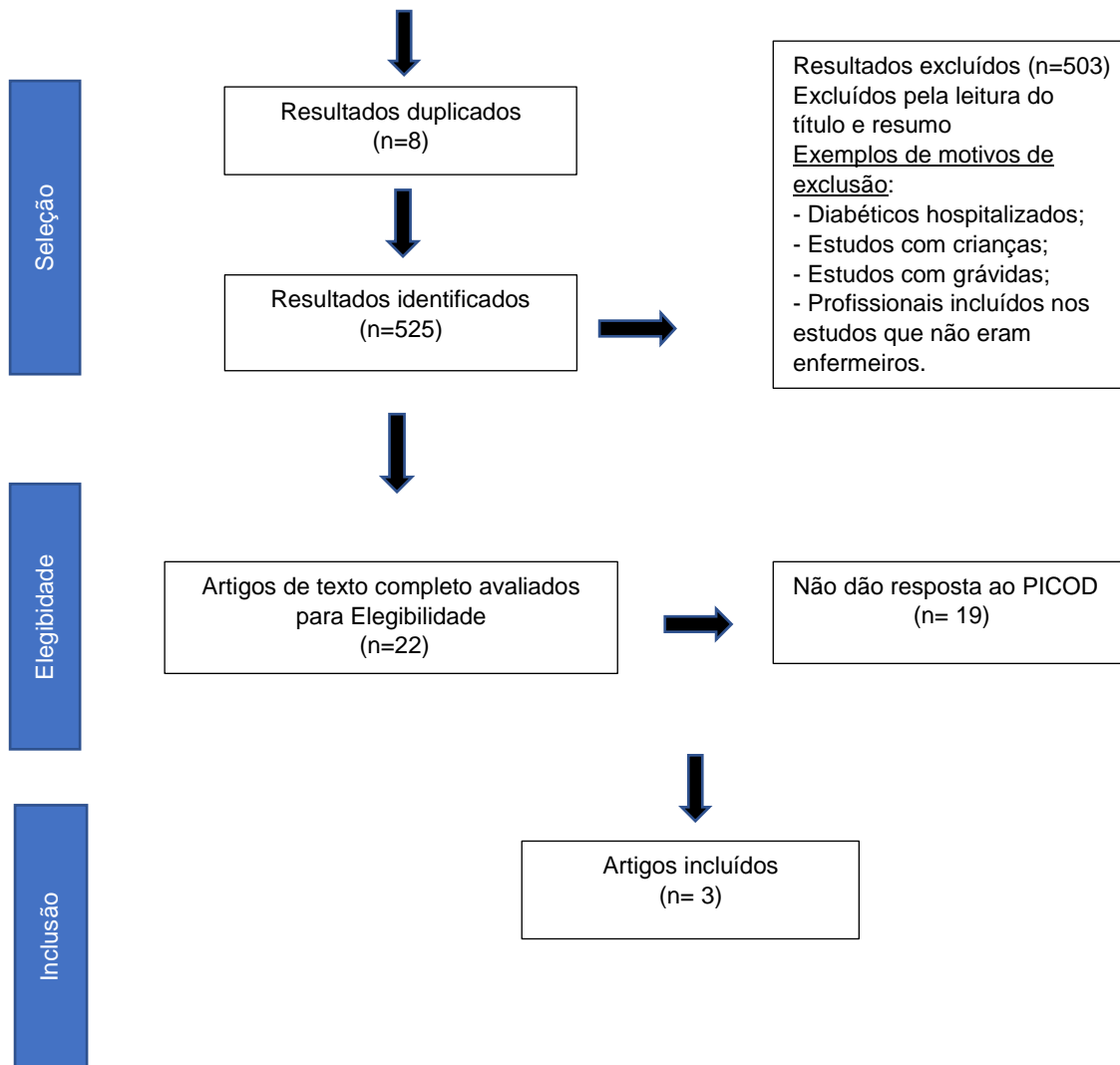
Partindo de cada descritor e do seu cruzamento de forma sequencial com cada um dos outros, até ao cruzamento final de todos os conceitos, foram identificados inicialmente 533 artigos sendo 8 repetidos.

Foram lidos os títulos de 525 artigos e destes, 503 não se enquadravam no objetivo desta revisão sistemática da literatura. Restaram 22 para elegibilidade sendo que 19 não davam resposta à questão PICOD formulada. Deste modo elegi 3 artigos para proceder à avaliação metodológica. Os dados encontram-se na figura a seguir.

Prisma *FlowChart* 2009 (continua)



Prisma FlowChart 2009 (continuação)



(conclusão)

Figura 4 - Prisma FlowChart 2009

2.4. EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os três artigos selecionados intitulam-se:

“The Effects of Nurse-Led Multidisciplinary Team Management on Glycosylated Hemoglobin, Quality of Life, Hospitalization, and Help-Seeking Behavior of People with Diabetes Mellitus” (estudo 1);

“Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study” (estudo 2);

“Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes” (estudo 3).

Quadro 3 - Resumo do estudo 1: “The Effects of Nurse-Led Multidisciplinary Team Management on Glycosylated Hemoglobin, Quality of Life, Hospitalization, and Help-Seeking Behavior of People with Diabetes Mellitus” (Ni et al., 2019).

Título	The Effects of Nurse-Led Multidisciplinary Team Management on Glycosylated Hemoglobin, Quality of Life, Hospitalization, and Help-Seeking Behavior of People with Diabetes Mellitus
Autor	Yunxia Ni, Suzhen Liu, Jiping Li, Ting Dong, Lin Tao, Li Yuan e Meilan Yang
Publicação	Journal of Diabetes Research, publicado em dezembro de 2019
Objetivo	Avaliar o efeito da gestão liderada por enfermeiros em Saúde Familiar, na hemoglobina glicosilada (HbA1c), qualidade de vida (QV), internamento e comportamento de procura de ajuda em pessoas com DM2.
Tipo de estudo	Foi realizado um estudo quasi experimental a diabéticos em dois centros comunitários na China. Durante 2 anos, o grupo de intervenção recebeu cuidados liderados por enfermeiros enquanto o grupo controlo recebeu apenas cuidados habituais pelo seu médico. Foram recolhidos dados relativos a HbA1c, internamento e comportamento de procura de ajuda, antes da intervenção e aos 6, 12 e 24 meses.
População	Foram recrutados diabéticos tipo 2 através de uma amostra no ambulatório dos Centros Comunitários de Yulin e Tiaosanta, na cidade de Chengdu, distrito de Wuhou na China. Para este estudo quasi experimental, os participantes foram definidos com base no seu local de residencia; os utentes que vieram do Centro de Yulin foram incluídos no grupo de intervenção e os pertencentes ao Centro de Tiaosanta foram incluídos no grupo controlo. Este estudo clínico prospetivo foi realizado de 2014 a 2016.
Intervenções	<p>Grupo de controlo:</p> <p>Os participantes receberam cuidados habituais pelo seu médico, incluindo aulas educativas de 2 a 3 vezes por ano e acompanhamento de rotina pelo menos 4 vezes por ano.</p> <p>Grupo de intervenção:</p> <p>Foram realizadas sessões de Educação para a Saúde em grupo.</p> <p>Houve acompanhamento individualizado por via telefonica e através de consultas presenciais.</p> <p>Foram elaborados e entregues panfletos informativos aos participantes, como guia de autocuidado.</p>
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A implementação da gestão da equipa liderada por enfermeiros revela-se prática e viável em ambientes comunitários e é acompanhada por um melhor controlo da HbA1c, melhor qualidade de vida, menos internamentos e maior comportamento de pedido de ajuda. ➤ É realçado o impacto da gestão liderada por enfermeiros em ajudar o diabético a alcançar um bom controlo da HbA1c através da ajuda mais indicada. ➤ Antes da intervenção ambos os participantes procuravam ajuda do médico quando tinham dificuldade em controlar a diabetes; após a intervenção os participantes do grupo de intervenção estavam dispostos em procurar o enfermeiro. Salienta-se a intervenção como uma abordagem na gestão comunitária chinesa para enfrentar a escassez de médicos dos cuidados de saúde primários.

Quadro 4 - Resumo do estudo 2: “Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study” (Martos-Cabrera et al., 2021).

(continua)

Título	Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study
Autor	María Begoña Martos-Cabrera, Guillermo Cañadas-González, Nora Suleiman-Martos, Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente e Luis Albendín-García
Publicação	Revista Saúde (Basileia), publicado em julho de 2021
Objetivo	Comparar os resultados de uma intervenção educacional intensiva (360 min) para melhorar os parâmetros da HbA1c em utentes com DM2 com os de uma intervenção habitual de 90 min, ambas realizadas por enfermeiros.
Tipo de estudo	Um estudo quasi experimental com um grupo controlo e um grupo de intervenção com duração de 6 meses.
População	Foram selecionados 179 utentes com DM2, 91 no grupo controlo e 88 no grupo de intervenção. Os doentes com níveis mais elevados de HbA1c (>7%) foram incluídos no grupo de intervenção, e os restantes foram incluídos no grupo controlo.
Intervenções	<p>As intervenções para cada grupo foram realizadas durante sessões supervisionadas por dois enfermeiros.</p> <p>Grupo controlo (utentes com níveis de HbA1c <7%):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Foram agendadas consultas com duração de 15 minutos, mais apoio em grupo, a cada 15 dias, durante 3 meses. ➤ Realizadas sessões de Educação para a Saúde em diabetes: dieta e exercício físico. ➤ Foram elaborados planos de cuidados de Enfermagem. ➤ Realizados exames de sensibilidade à pressão e vibração em ambos os pés. ➤ Após 6 meses, foram feitas análises para controlo da HbA1c. <p>Grupo de intervenção (utentes com níveis de HbA1c >7%):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Foram agendadas consultas com duração de 30 minutos, mais apoio em grupo, a cada 7 dias, durante 3 meses. ➤ Realizadas sessões de Educação para a Saúde em diabetes: dieta, exercício físico e técnicas diferenciadas de autocuidado em relação às complicações da diabetes mal controladas. ➤ Foram elaborados planos de cuidados de enfermagem com respetiva avaliação da evolução dos objetivos de Enfermagem. ➤ Foi avaliado o índice tornozelo-braço. ➤ Foi feita uma triagem para eventual deteção de complicações vasculares, através de anamnese e exame. ➤ Feita triagem para detetar existência de retinopatia diabética. ➤ Após 6 meses, foram feitas análises para controlo da HbA1c.

Quadro 4 - Resumo do estudo 2: “Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study” (Martos-Cabrera et al., 2021).

(continuação)

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em ambos os grupos houve redução significativa dos níveis de HbA1c após a intervenção. ➤ Intervenções intensivas de Educação para a Saúde por parte da equipa de Enfermagem podem efetivamente contribuir para melhorar o controlo dos doentes com DM2, pois os níveis de HbA1c e a adesão a bons hábitos de saúde melhoram substancialmente. ➤ Deve ser considerado o prolongamento do acompanhamento proporcionado de forma a manter os benéficos a longo prazo. ➤ É necessário treino adequado da equipa para garantir a gestão dos grupos de formação e personalizar o cuidado sob uma perspetiva holística, para que estes doentes possam aumentar os seus conhecimentos e consolidar os hábitos adquiridos.
-------------------	--

(conclusão)

Quadro 5 - Resumo do estudo 3: “Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes” (Azami et al., 2018).

(continua)

Título	Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes
Autor	Golnaz Azami, KL Soh, SG Sazlina, MS Salmiah, Sanaz Aazami, Mosayeb Mozafari, Hamid Taghinejad.
Publicação	Journal of Diabetes Research, publicado em 8 julho de 2018
Objetivo	O objetivo deste estudo foi investigar a eficácia de uma educação sobre autogestão da diabetes, liderada por enfermeiros, e o seu efeito na hemoglobina glicosilada.
Tipo de estudo	Estudo controlado randomizado com duração de 6 meses.
População	Foram selecionados 142 adultos com DM2. Foram alocados 71 participantes para receber cuidados habituais a cerca da diabetes (grupo controlo) e 71 para receber esses cuidados habituais mais uma educação de autogestão (grupo de intervenção).
Intervenções	<p>Durante 6 meses foram realizadas sessões em formato presencial:</p> <p>Grupo controlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidados habituais – Gestão do autocuidado sobre a modificação do estilo de vida (alimentação saudável, atividade física) e adesão à medicação. <p>Grupo de intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidados habituais - Gestão do autocuidado sobre modificação do estilo de vida (alimentação saudável e atividade física), adesão à medicação, monitorização, uso de medicamentos, resolução de problemas e vida saudável com diabetes.

Quadro 5 - Resumo do estudo 3: “Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes” (Azami *et al.*, 2018).

(continuação)

<p>Intervenções</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distribuição de panfletos informativos detalhados sobre a doença (dieta, atividade física, medicação, monitorização da glicémia e cuidados aos pés). ➤ Os participantes foram convidados à assistir a 4 filmes semanais de 10 minutos, com conteúdos educacionais. ➤ Foram realizadas sessões de discussão em grupo com duração de 120 minutos cada uma. ➤ Foram efetuadas chamadas telefónicas de acompanhamento.
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervenções lideradas por enfermeiros oferecem benefícios sustentados nos resultados clínicos e no estilo de vida. ➤ Uma boa autoeficácia melhora os resultados em saúde a longo prazo em doentes crónicos; os resultados mostram que é possível alcançar mudanças de comportamento aumentando a motivação intrínseca e a autoeficácia. ➤ Os enfermeiros constituem o maior e mais confiável grupo de profissionais de saúde pois estão posicionados de forma única para inspirar mudanças positivas e transformar a gestão de cuidados de saúde, servindo como ponte entre a teoria e a prática.

(conclusão)

2.5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Nesta etapa procede-se à validade da qualidade metodológica dos artigos aceites na presente revisão que segundo a metodologia JBI, se consegue através da avaliação criteriosa do risco de viés.

A avaliação do risco de viés para cada estudo é avaliada tendo em conta um conjunto de critérios a fim de estabelecer a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos (Apóstolo, 2017).

De forma a garantir a qualidade metodológica dos estudos que suportam este trabalho, utilizei as grelhas para avaliação crítica da JBI - JBI Critical Appraisal Checklist - orientada para o tipo de estudo a analisar.

As grelhas apresentadas para cada tipo de estudo são compostas por questões e a cada uma delas foi atribuída uma de quatro respostas possíveis: “Sim”, “Não”, “Não está claro” e “Não aplicável”.

O somatório das respostas afirmativas direciona para um score cuja classificação final é a razão entre o score obtido e o máximo aplicável ao tipo de estudo.

Os estudos que obtiveram até um máximo de duas respostas negativas, foram classificados como sendo de boa qualidade.

Os quadros seguintes demonstram os estudos selecionados e o score de qualidade metodológica correspondente.

Quadro 6 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica – Estudos quasi-experimentais

ESTUDOS QUASI-EXPERIMENTAIS				
	S	N	NC	NA
1. A distinção entre “causa” e “efeito” é clara? (ex.: fica perceptível qual a variável que surge primeiro?)	x			
2. Os participantes incluídos nos grupos de tratamento eram similares?	x			
3. Os participantes incluídos nos grupos de tratamento recebem o mesmo tratamento para além da intervenção de interesse?	x			
4. Existe grupo de controlo?	x			
5. Os instrumentos de avaliação dos resultados foram utilizados da mesma forma antes e após a intervenção?	x			
6. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
7. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
8. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
9. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
SCORE TOTAL – 9/9				
<p>Legenda: S – Sim; N – Não; NC – Não está claro; NA – Não aplicável De 0 a 3 pontos – Baixa qualidade metodológica De 4 a 6 pontos – Moderada qualidade metodológica De 7 a 9 pontos – Alta qualidade metodológica</p>				

JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (Briggs,2017a)

Quadro 7- Instrumento de avaliação da qualidade metodológica – Estudos quasi-experimentais

ESTUDOS QUASI-EXPERIMENTAIS				
	S	N	NC	NA
1. A distinção entre “causa” e “efeito” é clara? (ex.: fica perceptível qual a variável que surge primeiro?)	x			
2. Os participantes incluídos nos grupos de tratamento eram similares?	x			
3. Os participantes incluídos nos grupos de tratamento recebem o mesmo tratamento para além da intervenção de interesse?	x			
4. Existe grupo de controlo?	x			
5.. Os instrumentos de avaliação dos resultados foram utilizados da mesma forma antes e após a intervenção?	x			
6. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
7. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
8. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
9. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
SCORE TOTAL – 9/9				
<p>Legenda: S – Sim; N – Não; NC – Não está claro; NA – Não aplicável De 0 a 3 pontos – Baixa qualidade metodológica De 4 a 6 pontos – Moderada qualidade metodológica De 7 a 9 pontos – Alta qualidade metodológica</p>				

JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (Briggs, 2017a)

Quadro 8 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica – Estudos randomizados (continua)

ESTUDOS RANDOMIZADOS				
	S	N	NC	NA
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?	x			

Quadro 8 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica – Estudos randomizados (continuação)

3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	x			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento?	x			
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento?			x	
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?			x	
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	x			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	X			
SCORE TOTAL –11 /13				
<p>Legenda: S – Sim; N – Não; NC – Não está claro; NA – Não aplicável De 0 a 5 pontos – Baixa qualidade metodológica De 6 a 9 pontos – Moderada qualidade metodológica De 10 a 13 pontos – Alta qualidade metodológica</p>				

JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised controlled Studies (Briggs, 2017b) (conclusão)

Os três estudos selecionados apresentam alta qualidade metodológica constituindo-se como uma fonte sólida de evidência científica. Em qualquer dos estudos os participantes incluídos nos grupos, quer de controlo quer de intervenção, eram similares e a alocação dos mesmos foi aleatória não existindo o risco de todo o processo ser influenciado por características

conhecidas dos participantes e para que as diferenças pudessem distorcer a comparabilidade entre os grupos.

No estudo randomizado um dos aspetos mencionados e que contribui para a aferição da qualidade metodológica é a ocultação da distribuição dos grupos ao alocador, assim como o facto de os participantes serem cegos em relação às intervenções realizadas. Outro aspeto importante é o facto de a avaliação dos resultados ser realizada por um investigador em que este seja cego relativamente à alocação dos participantes ao tratamento, de modo que os resultados não sejam passíveis de vieses, o que se verifica neste estudo.

Em todos os estudos analisados, quer no randomizado quer nos quasi – experimentais, verifica-se a existência de dois grupos (controlo e intervenção), o que se torna muito relevante, pois permite a comparação e aferição da intervenção mais eficaz para o problema em estudo. As intervenções implementadas no grupo em investigação em todos os estudos foram muito idênticas, o que permitiu atribuir o efeito à causa, assumindo que não existe viés de seleção. Outro aspeto importante é no que diz respeito a submissão dos resultados; estes foram analisados pelo *software* SPSS o que evidencia uma análise credível dos mesmos.

3. RESULTADOS

O artigo 1 “The Effects of Nurse-Led Multidisciplinary Team Management on Glycosylated Hemoglobin, Quality of Life, Hospitalization, and Help-Seeking Behavior of People with Diabetes Mellitus” avalia o efeito da gestão de uma equipa multidisciplinar liderada por enfermeiros na melhoria dos efeitos sobre a HbA1c, na redução das hospitalizações, na mudança no comportamento de procura de ajuda e na qualidade de vida (QV) em utentes com DM2 durante 24 meses.

No início do estudo foram selecionados 226 participantes sendo que 47 foram excluídos de imediato por não serem elegíveis, 25 recusaram-se a participar e 2 referiram outras razões para a sua não participação. Restaram 179 participantes para amostra do presente estudo.

O perfil sociodemográfico dos 179 participantes revelou predominância do género feminino com 51,1% no grupo de intervenção e 54,9% no grupo de controlo.

Relativamente à idade não se observou grande disparidade, 46,6% do grupo de intervenção tinham mais de 70 anos e 49,4% dos participantes do grupo de controlo tinham entre 60 e 70 anos.

A maioria dos participantes eram casados, 92,2%, sendo que 7,8% não tinham cônjuge.

Quanto ao nível de educação, 36,4% dos participantes do grupo de intervenção tinham ensino médio em comparação com 26,4% do grupo de controlo.

Relativamente à variável complicações da diabetes, 44,3% do grupo de intervenção tinham complicações em comparação com 34,1% do grupo de controlo.

Os participantes do grupo de intervenção apresentavam valor médio de HbA1c, no início da intervenção, de $7,08 \pm 1,26\%$ e os do grupo de controlo $6,34 \pm 1,02\%$. Aos 6 meses, verificou-se que o grupo de intervenção tinha valor médio de $6,72 \pm 0,97\%$ em comparação com o grupo de controlo com $6,14 \pm 1,02\%$ e aos 24 meses $6,03 \pm 1,02\%$ e $6,68 \pm 1,48\%$, respetivamente.

Os resultados quanto às variáveis da alteração dos valores da HbA1c, no grupo de intervenção diminuiu de 7,08% para 6,03% após intervenção de 24 meses com redução de 1,08%, enquanto o grupo controlo apresentou aumento de 0,45%. As diferenças entre os dois grupos foram estatisticamente significativas.

Na variável dieta/exercício 2,3% dos participantes do grupo de intervenção praticavam exercício e tinham uma dieta adequada em relação a 4,4% dos do grupo de controlo.

No que se refere a QV ambos os grupos tinham um nível de QV médio. Do ponto de vista da variável QV, no início da intervenção, o grupo de intervenção apresentava um valor médio de $66,43 \pm 14,07$ e os participantes do grupo de controlo $74,71 \pm 14,09$. As mudanças na pontuação no grupo de intervenção mostraram maior aumento ao fim de 24 meses com um valor médio de $70,47 \pm 13,75$ do que as do grupo controlo com $69,61 \pm 14,43$.

Quanto à variável hospitalizações, o grupo de intervenção teve quase o triplo do risco de hospitalizações em comparação com o grupo de controlo antes da intervenção. A razão de risco de hospitalizações diminuiu para 1,189 após a intervenção.

Na variável comportamento de procura de ajuda, antes da intervenção, quando os utentes tinham dificuldade em controlar a diabetes, a maioria deles procurava primeiro a ajuda médica em vez da de enfermagem para ambos os grupos. Aos 24 meses, 57,3% dos utentes do grupo de intervenção relataram que estavam dispostos a procurar em primeira instância a ajuda dos enfermeiros. Esse aumento percentual de procura de ajuda de enfermeiros no grupo de intervenção foi significativamente maior do que o aumento no grupo controlo com 44,8%.

Ao fim de 6 meses, qualquer um dos grupos manteve o mesmo número de participantes, mas passado 12 meses o grupo de intervenção deixou de contar com 3 participantes (2 por mudança de residência e 1 por falecimento) e o grupo de controlo contou com 2 baixas (1 por mudança de residência e outro por desistência em prosseguir no estudo). Após 24 meses, o grupo de intervenção ficou com menos 3 participantes (2 por desistência e 1 por ter mudado de residência) e o grupo de controlo com menos 5 (2 foram retirados – sem especificação da causa, 2 desistiram e 1 mudou de residência).

Os resultados encontram-se na tabela 1 a seguir, ordenados por cada período após intervenções realizadas.

Tabela 1 - Resultados do estudo 1

Resultados	Grupo de intervenção	Grupo de controlo
Alteração na HbA1c (%)	-1,08	0,45
Linha de base	7,08	6,34
6 meses	6,72	6,14
12 meses	6,22	6,26
24 meses	6,03	6,68
Mudança na pontuação de qualidade de vida	4,04	-5,10
Linha de base	66,43	74,71
6 meses	71,57	74,89
12 meses	72,82	73,45
24 meses	70,47	69,61
Hospitalizações		
Linha de base	14,8	5,5
6 meses	13,6	7,7
12 meses	11,8	4,5
24 meses	9,8	8,3
Alteração na procura de ajuda ao enfermeiro (%)	44,8	8,1
Linha de base	12,5	12,1
6 meses	31,8	17,6
12 meses	41,2	19,1
24 meses	57,3	20,2

O artigo 2 “Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study” foi criado para comparar os resultados de uma intervenção intensiva em saúde ministrada por enfermeiros durante a consulta (360 min) com os de uma intervenção usual de 90 min, a fim de avaliar se houve melhoria dos parâmetros de HbA1c em utentes com DM2.

Para este propósito foi conduzido um estudo quasi-experimental de 249 participantes, 171 no grupo de controlo e 78 no grupo de intervenção.

A variável idade média do grupo de controlo era de 65,32 anos e a do grupo de intervenção de 63,93 anos.

Na variável género constata-se que 55% dos participantes pertencentes ao grupo de controlo era de género masculino em comparação com 61,4% dos participantes do grupo de intervenção.

Em relação à variável índice de massa corporal, a média do grupo de controlo era de 29,95 e a média desse índice no grupo de intervenção de 30,57.

Na variável hipertensão, 63,3% dos participantes do grupo de controlo eram hipertensos em comparação com 59,3% do grupo de intervenção.

No grupo de intervenção havia maior número de participantes com retinopatia e neuropatia diabéticas (22,2% e 67,9% *versus* 17,5% e 28,1% respetivamente).

Em relação ao pé diabético, no grupo de intervenção havia 30,9% de participantes com risco médio de desenvolver úlcera do pé enquanto 8,6% apresentavam alto risco. Já no grupo de controlo esses valores eram de 17,5% e 28,1% respetivamente.

No que se refere à variável HbA1c, antes de qualquer tipo de intervenção, o grupo de controlo apresentava um valor médio de HbA1c de 6,97% e o grupo de intervenção, de 8,97%. Após a intervenção, o valor médio de HbA1c no grupo de controlo foi de 6,75% e de 8,06% no grupo de intervenção.

A análise mostrou que em ambos os grupos houve uma redução significativa nos níveis de HbA1c embora para o grupo de intervenção com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

Tabela 2 - Resultados do estudo 2

Resultados em HbA1c	Grupo de intervenção	Grupo de controlo
Pré-intervenção	8,97	8,06
Pós-intervenção	6,97	6,75
Diferença média pré e pós intervenção	0,91	0,22

O artigo 3 “Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes” tem como objetivo investigar a

eficácia de uma educação de autogestão da diabetes liderada por enfermeiros sobre a hemoglobina glicosilada.

Foi feito um estudo randomizado no qual participaram 142 adultos com DM2. Setenta e um participantes foram alocados no grupo de controlo os quais receberam os cuidados usuais da diabetes e os restantes 71 foram alocados no grupo de intervenção onde foram prestados, para além dos cuidados habituais, uma educação de autogestão de diabetes liderada por enfermeiros.

A duração da intervenção foi de 12 semanas sendo que os resultados foram medidos no início da intervenção, 3 meses e 6 meses após a intervenção.

Os participantes do grupo de intervenção, relativamente à variável idade, apresentavam um valor médio de $55,09 \pm 10,16$ anos em comparação com os do grupo de controlo que tinham um valor médio de $53,49 \pm 10,98$ anos.

A variável género mostra-nos que a maioria dos participantes era do género feminino (65,5%) sendo que a percentagem no grupo de intervenção era de 67,6% e de 63,4% no grupo de controlo.

Quanto à variável escolaridade, a maioria dos participantes tinham ensino primário (64%) contando com 46,5% no grupo de intervenção e 43,7% no grupo de controlo. Em qualquer um dos grupos a frequência dos participantes no estudo, quer do ensino médio ou superior, eram sobreponíveis.

Na variável dificuldade em adquirir o essencial do dia-a-dia 67,6% apresentam um pouco de dificuldade o que demonstra que a maioria dos participantes tinham um nível socioeconómico baixo/médio.

No que se refere à variável *status* fumador, a grande maioria dos participantes não eram fumadores apresentando um valor de 76,1%.

Na variável IMC os participantes do grupo de intervenção tinham um valor de 28,69 e os do grupo de controlo, 28,87. Após, 3 meses da intervenção constatou-se uma redução no IMC do grupo de intervenção de 28,54 e aos 6 meses após intervenção o valor era de 28,55. Já no grupo de controlo, os participantes tinham no início da intervenção 28,87 e após 3 meses mantiveram o mesmo valor e aos 6 meses aumentaram para 29,89. Esta diferença é estaticamente significativa ($p < 0,001$).

Na variável pressão arterial, na amostra total, pré intervenção, os valores eram igualmente sobreponíveis: pressão arterial sistólica com valores não superiores $132,3 \pm 11,2$ e pressão arterial diastólica não superior $86,6 \pm 5,9$; No terminus da intervenção verificou-se uma redução estatisticamente significativa ($p < 0,001$) no grupo de intervenção em relação aos valores das pressões arterial sistólica e diastólica. Esta melhoria dos valores tensionais no grupo de intervenção constatou-se, a partir da linha de base, em pontos diferentes do tempo (12 e 24

semanas).

Quanto a variável HbA1c, na amostra total, 40,8% apresentavam valores entre 8 - 8,9% e 59,2% \geq 9%. O objetivo e o resultado primário deste estudo eram a melhoria dos níveis de HbA1c. A análise da variável com medida repetida no tempo revelou uma interação significativa de grupo por tempo para os níveis de HbA1c. Na semana 12, os participantes do grupo de intervenção apresentaram valores de HbA1c significativamente mais baixos (47,9%) do que os do grupo controlo. Na semana 24, as diferenças aumentaram para 62%.

Em relação ao controlo da dislipidemia (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia) não se constatarem diferenças estatisticamente significativas quer antes da intervenção quer após a intervenção de Enfermagem.

A análise indicou também que ao longo do tempo, entre os membros de cada grupo, houve interação significativa nos elementos do seu próprio grupo nas variáveis expectativa de eficácia, expectativa de resultado e comportamento de autogestão da diabetes. Os scores médios para cada uma destas variáveis diferem significativamente entre os grupos na pós-intervenção, com o grupo de intervenção apresentando melhores resultados em comparação com o grupo de controlo ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Resultados do estudo 3 (continua)

Resultados	Grupo de intervenção	Grupo de controlo
Alteração na HbA1c (%)		
Linha de base	9,3	9,3
3 meses	8,6	9,3
6 meses	7,9	9,3
Pressão arterial sistólica		
Linha de base	130,7	133,9
3 meses	129,3	133,7
6 meses	127,8	133,3
Pressão arterial diastólica		
Linha de base	85,8	87,3
3 meses	84,7	87,3
6 meses	83,4	87,1
Expetativa de eficácia		
Linha de base	98,35	98,06
6 meses	113,47	99,77
12 meses	123,47	98,44
Expetativa de resultado		
Linha de base	57,80	58,11
6 meses	62,85	58,04
12 meses	66,79	58,16
Comportamento de autogestão da diabetes		
Linha de base	3,56	3,71

(continuação)

6 meses	4,67	3,67
12 meses	5,41	3,73
Suporte social		
Linha de base	52,63	55,83
6 meses	54,33	55,82
12 meses	55,37	55,91

(conclusão)

4. DISCUSSÃO

No artigo 1, “The Effects of Nurse-Led Multidisciplinary Team Management on Glycosylated Hemoglobin, Quality of Life, Hospitalization, and Help-Seeking Behavior of People with Diabetes Mellitus”, os autores descrevem que os resultados encontrados no estudo realizado evidenciam que a implementação da gestão de uma equipa liderada por enfermeiros revela-se prática e viável em ambientes comunitários e é acompanhada por um melhor controlo da HbA1c, melhor qualidade de vida, menos internamentos e maior comportamento de pedido de ajuda.

Os participantes deste estudo foram acompanhados por uma equipa multidisciplinar, mas as intervenções realizadas ao grupo de intervenção foram lideradas por enfermeiros. Os participantes do grupo de controlo receberam cuidados habituais do seu Médico de Família que consistiam em ter consultas presenciais de vigilância, pelo menos 4 vezes por ano e, em algumas delas (pelo menos 2 ou 3 vezes) por ano o médico informava sobre os sintomas e complicações possíveis da doença.

Os participantes do grupo de intervenção receberam cuidados liderados por enfermeiros. Estes desenvolveram intervenções que foram baseadas em aulas de educação ministradas em formato de educação em grupo. Estas sessões de Educação para a Saúde eram mensais e tinham a duração de 90 minutos cada, tendo sido realizadas um total de 20 sessões (5 sessões semanais) durante 2 anos. Estas sessões eram semelhantes no conteúdo, mas mais aprofundadas e práticas ao longo do tempo de forma a reforçar a capacidade de autogestão pelo doente.

Tinham como objetivo esclarecer e informar os utentes sobre a diabetes, qual era o valor-alvo para resultados essenciais no que diz respeito a pressão arterial, peso, conceitos básicos sobre hábitos alimentares, prática de exercício físico e adesão à medicação. Mensalmente receberam aconselhamento individual presencial assim como aconselhamento por telefone para identificar dificuldades e auxiliar na resolução de problemas. Naqueles que não progrediram para os objetivos definidos foi duplicada a informação mensal de forma a atingir esse desiderato.

Foram utilizados questionários para avaliação da QV, hospitalização e comportamento de procura de ajuda antes, aos 6 meses, 12 meses e 24 meses após a intervenção. Para avaliar a QV foi utilizado o Short-Form Health Survey (SF-36) composto por um conjunto de medidas de qualidade de vida genéricas, coerentes e de fácil administração. Essas medidas dependem do autorrelato do utente e têm sido amplamente utilizadas. O questionário SF-36 fornece um perfil de oito subescalas que medem a função física, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, função emocional e saúde mental (Laguardia, 2013).

Os participantes receberam igualmente panfletos com informações para o autocuidado (estratégias para controlo calórico, atividade física, indicações sobre medicação e controlo do *stress*).

Foi-lhes fornecido também um livro de exercícios para registo da ingestão diária de alimentos, atividade física e monitorização da glicemia.

É realçado o impacto da gestão liderada por enfermeiros em ajudar o diabético a alcançar um bom controlo da HbA1c através da ajuda mais indicada.

Segundo os autores deste estudo, os enfermeiros tinham participado em programas de treino que incluíam aporte teórico e treino prático com endocrinologistas.

Na realidade, quanto maior for a formação do enfermeiro na área da diabetologia, melhores são os resultados no controlo da HbA1c (Daly, Tian e Stragg, 2017).

Também a experiência do enfermeiro confere maior confiança ao utente motivando-o para procurar este profissional em vez de pretender ajuda médica o que diminui a pressão sobre os serviços de saúde. O estudo de Lutfiyya, Tomai e Frogner (2017) demonstra que a gestão da diabetes liderada por enfermeiros nos CSP foi associada a uma utilização mais adequada dos cuidados de saúde e com resultados significativamente melhores em relação a outros profissionais dos serviços de saúde.

Neste contexto, constata-se que a intervenção do Enfermeiro de Família é considerada uma mais-valia para melhorar os valores da HbA1c o que vai ao encontro do estudo de Yu *et al.* (2022) que concluem que o programa de educação liderado por enfermeiros pode produzir efeitos benéficos sobre múltiplos comportamentos de autogestão da diabetes, controlo glicémico e autoeficácia.

Para além disso, os enfermeiros promovem a capacidade do utente de autogerir a doença e isso não só promove a tomada de decisão efetiva para atingir metas clínicas como também contribui para a redução do sofrimento relacionado com a doença. Esta afirmação é corroborada com o estudo de (Almeida, Sousa e Loureiro, 2019) em que estes referem que a utilização do *empowerment* como abordagem na consulta de Enfermagem, para além de transmitir conhecimentos, permite reforçar as atitudes adequadas na pessoa e construir um processo contínuo de motivação e envolvimento, promovendo uma troca de conhecimentos, poder e responsabilidades entre esta e o profissional de saúde, o que poderá traduzir-se numa melhoria da autoeficácia.

Havendo uma boa autogestão da doença esta irá reduzir o número de internamentos e aumentar a qualidade de vida dos diabéticos. Guo *et al* (2019) evidenciam que a intervenção liderada por enfermeiros demonstra eficácia preliminar na melhoria do nível de autogestão em utentes diabéticos.

Neste estudo, pode-se verificar que existe uma predominância do género feminino, facto que não coincide com o Relatório Nacional da Diabetes de 2019. Este indica-nos que, em Portugal, o sexo masculino é o mais representativo, tanto nos casos diagnosticados como nos não diagnosticados. No entanto, este dado pode ser justificado pelo facto de as mulheres serem mais frequentadoras dos cuidados de saúde (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2019). Porém, não foram encontrados estudos que indiquem que o género interfira no controlo da doença.

Quanto ao fator idade, os participantes dos grupos em estudo apresentavam uma idade entre os 60 e 70 anos, coincidindo com a mesma fonte, que refere uma prevalência da diabetes na população entre os 60 e 79 anos. Na mesma perspetiva Marques *et al.* (2019) referem que a diabetes afeta 18% dos idosos e que 50% das pessoas com DM2 apresentam mais de 60 anos.

Neste estudo, as intervenções realizadas pelos Enfermeiros de Família, concretizadas pela dimensão do ensinar, evidenciam a relevância da Educação para a Saúde no âmbito da consulta de vigilância da diabetes.

Marques *et al.* (2019) corroboram dizendo que a Educação para a Saúde direcionada para a autogestão é imprescindível para o diabético, a qual deve favorecer a aquisição de conhecimento, habilidades e capacitar para o autocuidado, a fim de melhorar os resultados clínicos, o estado de saúde e a qualidade de vida.

Estes resultados são especialmente visíveis no que se reporta ao ensinar sobre alimentação saudável, fisiopatologia da doença, exercício físico e prevenção da úlcera diabética, em consonância com os resultados confirmados por Daly, Arroll e Kenealy (2015) e de Gagliardino *et al.* (2019), os quais enfatizam que a educação da pessoa com diabetes fornece o conhecimento e as habilidades necessárias para a autogestão e induz uma atitude positiva no controlo e tratamento da doença.

Por sua vez, Ferrito, Nunes e Carneiro, (2013) mencionam que a educação sobre nutrição adequada é também uma componente importante para a autogestão da diabetes. Referem igualmente que existe evidência de que o exercício físico melhora os resultados em saúde das pessoas com diabetes (diminuição dos valores da HbA1c, perda de peso, aumento do bem-estar) pelo que devem ser aconselhadas a fazer exercício físico.

Assim, a terapia nutricional, juntamente com outros aspetos dos cuidados da diabetes, contribui para a melhoria dos resultados clínicos e metabólicos da pessoa com diabetes (Ferrito *et al.*, 2013).

Um dos objetivos da autogestão da DM é o controlo da glicemia, a prevenção das complicações agudas e tardias e a promoção da qualidade de vida da pessoa (Rasoul *et al.*, 2019).

A complexidade de viver com doenças crónicas e com a sua imprevisibilidade tem impactos significativos quer a nível do domínio individual, mas também nos domínios familiar e social. Existe, portanto, uma necessidade de autogestão da DM2 no dia-a-dia, em que o Enfermeiro de Família tem que tentar transferir grande parte da sua responsabilidade para a pessoa com DM2 e para sua família, numa ótica de desenvolvimento da autonomia, autogestão e autocuidado.

O autocuidado consiste num conjunto de ações que o indivíduo realiza por si mesmo para manter e/ou recuperar a qualidade de vida. É a realização de práticas que possibilitam perspetivas promissoras para a melhoria da saúde e do bem-estar bem como a implementação de iniciativas para evitar problemas de saúde e procurar um estilo de vida mais saudável (Lima do Carmo, Nunes e Nunes, 2017). É, no fundo, um processo de tomada de decisão que se concentra na capacidade percebida pelo doente para se envolver em comportamentos ou atividades de autocuidado visando uma melhor gestão da doença.

Para a Organização Mundial de Saúde, o autocuidado é a capacidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade para promover a saúde, prevenir as doenças e enfrentar ou lidar com as doenças e as incapacidades, com ou sem o suporte dos profissionais de saúde. Reconhece que os indivíduos são agentes ativos na gestão da sua própria saúde incluindo a promoção da saúde, a prevenção e controlo das doenças, na utilização e toma regular da medicação, na viabilização de cuidados aos dependentes e na reabilitação, incluindo cuidados paliativos (WHO, 2020).

Tem para isso o utente que desenvolver as suas capacidades pessoais para regular e orientar com eficácia as exigências e solicitações clínicas, comportamentais e emocionais da doença (Cardoso *et al.*, 2022). Estas englobam o reconhecimento e a gestão de alterações sintomáticas, a identificação e seleção de estratégias a implementar para gerir de uma forma correta e célere as mudanças a efetuar, cumprir a terapêutica farmacológica instituída assim como as medidas não farmacológicas a ela associadas (atividade física, alimentação equilibrada) e, em momentos de instabilidade, saber lidar com os problemas ou ter a noção da necessidade de procurar ajuda junto do seu Enfermeiro de Família (Isaksson, Hajdarevic e Abramsson, 2015).

Dorothea Orem desenvolveu, em 1959, uma teoria que incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma. A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem é composta por 3 teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A Teoria do Autocuidado descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias, a Teoria do Défice do Autocuidado descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da Enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve e explica as relações que têm que ser criadas e

mantidas para que se produza Enfermagem (Tomey e Alligood, 2002 citado por Queirós *et al.*, (2014).

Esta teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem aplica-se perfeitamente na diabetes pois o utente diabético para poder atingir resultados positivos para melhorar a sua doença tem que desenvolver e apurar o autocuidado. Este deve ser desempenhado de uma forma livre e consciencializada por parte do diabético de modo a preservar a vida, a saúde e o desenvolvimento do seu bem-estar.

Então, deve atuar de forma consciente, controlada, intencional e efetiva de forma a ter a sua própria autonomia e assim poder desenvolver o autocuidado. É fundamental existir um equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que o utente seja capaz de se autocuidar.

Outro fator importante é ter a perceção da maturidade quanto às suas limitações de ação relacionadas com a sua saúde. Se conseguir compreender que as exigências do autocuidado são maiores que a sua capacidade para desenvolver o autocuidado, irá consciencializar-se que necessita de procurar intervenções de enfermagem para poder obter ajuda.

O Enfermeiro de Família irá assim proporcionar ajuda através de uma série sequencial de ações que irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde dos diabéticos de forma a empreender ações reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Através da perceção que o enfermeiro tem do desenvolvimento, da validação dos conhecimentos, do aproveitamento dos ensinamentos que são feitos ao diabético, este elabora o processo de enfermagem que irá permitir diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer o planeamento e intervir (Tomey e Alligood, 2002 citado por Queirós *et al.*, (2014). Por conseguinte, o autocuidado em relação à diabetes interliga os cuidados individuais e os de Enfermagem. De modo a se poder obter resultados satisfatórios, o utente/família deve entender a sua doença, saber lidar com o tratamento preconizado, com os ajustes emocionais e com as readaptações nas suas atividades da vida diária.

Sendo uma doença crónica essencialmente ligada aos estilos de vida, a sua gestão é particularmente complexa, exigindo uma abordagem na qual o enfermeiro deve assumir um papel ativo e fundamental, uma vez que também se encontra numa posição estratégica para intervir (Ferrito *et al.*, 2013). Assim sendo, é necessário promover a autonomia dos utentes/família por meio da Educação para a Saúde para que possam realizar o cuidado à saúde de forma independente.

O Enfermeiro de Família deve transmitir o seu conhecimento e responsabilizar o utente sobre a mudança de comportamentos e hábitos de vida (Araújo de Carvalho *et al.*, 2022). Esta transferência de poder irá ajudar a que haja uma mudança de paradigma em que o Enfermeiro de Família irá cuidar, proporcionando apoio e suporte à decisão e mudança do

comportamento no que diz respeito ao saber viver com a Diabetes. Embora o Enfermeiro de Família conceda todo o apoio, baseado na sua experiência profissional, a mudança comportamental e o autocuidado não é dele dependente.

É expectável que, em pessoas com diagnóstico efetuado há vários anos, se encontrem comportamentos consolidados, muitas vezes errados, que contribuem para um controlo deficiente da doença. Daí a necessária compreensão sobre o conhecimento da doença, capacidades adquiridas e comportamentos adquiridos pelo utente de forma a se obter uma autogestão eficaz.

A vigilância da DM realizada nas consultas de Enfermagem pressupõe o controlo glicémico, a identificação de fatores de risco cardiovascular, a monitorização do regime alimentar e do exercício físico e a monitorização de potenciais complicações, através da vigilância periódica aos pés, no sentido de prevenir a amputação.

O risco de DM2 aumenta à medida que o Índice de massa corporal (IMC) sobe (Couras Corrêa *et al.*, 2017). No que se refere à prática de exercício físico, há evidências de que está associada a melhores níveis de HbA1c (Ausili *et al.*, 2017), menor IMC (Ausili *et al.*, 2017; Dixon *et al.*, 2014; Ouyang *et al.*, 2015), menos complicações (Adepoju *et al.*, 2014; American Diabetes Association (ADA), 2016; Ausili *et al.*, 2017; Lunes *et al.*, 2014) e melhor perceção de qualidade de vida (Ausili *et al.*, 2017; Kueh, Morris, Borkoles e Shee, 2015; Kueh, Morris e Ismail, 2017). Também Marques *et al.*, (2019) demonstram a eficácia das intervenções educativas no controlo da DM, em particular na diminuição significativa da HbA1c, em simultâneo com os cuidados alimentares, o exercício físico e a vigilância dos pés.

Os resultados do presente estudo vêm reforçar a ideia da necessidade de priorizar ações relacionadas com a promoção da Educação para a Saúde com o intuito principal de prevenir as complicações.

Posto isto, é fundamental que o enfermeiro intervenha em relação à Educação para a Saúde e à adoção de estilos de vida mais saudáveis para evitar alterações glicémicas e manter o controlo da doença.

Incentivar o utente a ter e manter bons hábitos de vida será benéfico para o controlo do peso, para a diminuição da tensão arterial e para atingir níveis normais de glicemia o que irá contribuir para uma melhor QV e um melhor resultado da HbA1c conforme é descrito no estudo em análise. De referir que o controlo da tensão arterial é um fator basilar na diabetes pois é a comorbilidade mais comum a ela associada e o seu mau controlo constitui um fator de risco crucial para o desenvolvimento das complicações macro e microvasculares da doença (Ferrito *et al.*, 2013).

O Enfermeiro de Família tem, deste modo, um papel proativo em disponibilizar informação e utilizar estratégias ajustadas à realidade de cada diabético e ao seu contexto. Para tal é

necessário um trabalho de parceria entre o diabético e o Enfermeiro de Família para definir metas a atingir e abordar possíveis obstáculos que poderão surgir e quais as competências que o diabético poderá desenvolver para os ultrapassar (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Neste estudo constata-se que mais de metade dos participantes do grupo de controlo não possuam qualquer grau de escolaridade ou apenas o ensino básico. Já no grupo de intervenção, mais de metade dos participantes eram detentores do ensino médio ou do ensino superior o que pode ter influenciado os resultados em virtude da menor literacia existente no primeiro grupo.

Neste sentido, existe a necessidade de proporcionar ao utente diabético ações de educação para que este consiga atingir melhores níveis de literacia e ter a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde adequadas para tomar decisões de saúde e recorrer aos serviços de saúde quando indispensáveis (Saeed, Saleem e Naeem, 2018).

Sendo o Enfermeiro de Família detentor de um conhecimento especializado e sendo um elemento de proximidade dentro da equipa de saúde, encontra-se em posição privilegiada para contribuir fortemente para a capacitação da pessoa diabética, através da promoção da literacia em saúde e, conseqüentemente, do seu envolvimento face à sua doença crónica. Para o doente com DM2 é de extrema importância que o Enfermeiro de Família promova a literacia pois, deste modo, trará, para o utente, benefícios em termos de motivação e competência para gerir a sua doença.

A literacia em saúde refere-se à capacidade de uma pessoa procurar, processar, compreender e aplicar a informação necessária sobre a sua saúde (Rachmawati, Sahar e Wati, 2017).

O Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados pretende reforçar o papel do cidadão no sistema de saúde utilizando como ferramentas essenciais a informação, o conhecimento e a decisão informada. Este Programa visa:

- Recolher, organizar e partilhar boas práticas em educação, literacia e autocuidados;
- Fazer da noção de “vida ativa”, física e intelectual, uma referência central;
- Assegurar que as boas práticas identificadas e desenvolvidas neste contexto sejam progressivamente adotadas pelos diversos profissionais de saúde, através de múltiplos mecanismos, incluindo o planeamento em saúde;
- Desenvolver o Programa com a participação do cidadão (Ministério da Saúde, 2016a).

Através da literacia em saúde, os utentes adquirem conhecimentos, motivação e competências para poderem aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, de

modo a formar juízos e tomar decisões no seu dia-a-dia sobre cuidados de saúde, durante todo o ciclo de vida.

A este respeito segundo a DGS, Portugal, em 2016, era o país que apresentava uma população em que 60% das pessoas registavam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado”. Da população mais vulnerável faziam parte pessoas: com 65 ou mais anos, com baixo nível de escolaridade, com rendimento até 500 euros mensais, com doenças crónicas e os que se sentiam limitados por terem alguma doença crónica (Direção-Geral da Saúde, 2019a).

Torna-se significativo e relevante como o Enfermeiro de Família pode apoiar e capacitar o doente para adquirir conhecimentos sobre a patologia e assumir competências para a sua orientação, nomeadamente a gestão de sinais e sintomas e a utilização dos serviços de saúde, especialmente naqueles doentes com menos autonomia psicossocial ou baixa alfabetização (Isaksson *et al.*, 2015).

O Enfermeiro de Família tem consequentemente um papel crucial na promoção da literacia em saúde. Considerando diferentes áreas temáticas, poderá ir ao encontro das necessidades para cada utente com DM, o que irá promover mais confiança e um maior grau de autocuidado. Para conseguir uma relação de confiança mais eficaz, de modo a prestar maior ajuda, essa relação deve ser estabelecida o mais precocemente possível.

Como referido anteriormente os enfermeiros que conduziram este estudo promoveram sessões de Educação para a Saúde em grupo verificando-se que os participantes do grupo de intervenção apresentaram melhores resultados quer nos valores da HbA1c quer na QV. Isto possibilita o aparecimento de novos conhecimentos a partir da socialização das experiências de cada um dos participantes.

Este resultado vai ao encontro do que a Sociedade Portuguesa de Diabetologia aponta no seu Guia para Profissionais de Saúde. A mesma refere que as sessões de educação em grupo proporcionam um forte incentivo para a educação em diabetes uma vez que são interativas, valorizando-se o relato de experiências vivenciadas por cada pessoa, o que permite um melhor controlo da doença (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2018).

O comportamento de procura de ajuda mudou após a intervenção constatando-se que os participantes pertencentes ao grupo de intervenção em comparação com os do grupo controlo estavam dispostos a procurar mais ajuda junto dos profissionais de Enfermagem. Esta conduta revelou que alguns problemas relacionados com a DM2 podiam ser resolvidos pelo enfermeiro sem necessidade de recorrer ao médico, contribuindo para a utilização eficiente dos recursos de saúde.

Esta conclusão vai ao encontro de uma revisão sistemática de Vas *et al.*, (2017) que afirmam que o papel do envolvimento do enfermeiro na capacitação do diabético, na gestão da

diabetes e no fornecimento de educação sobre a autogestão da diabetes é altamente proeminente no tratamento da doença. Consideram que a gestão liderada por um Enfermeiro pode melhorar significativamente a capacidade de autogestão e o controlo dos níveis de HbA1c.

Também Massimi *et al.*, 2017 referem que, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, a transferência de tarefas de médicos para enfermeiros adequadamente treinados (o chamado "deslocamento de tarefas"), pode reduzir a carga de trabalho dos médicos quanto ao custo direto dos cuidados, alcançando, ao mesmo tempo, idêntica qualidade de cuidados, bons resultados em saúde e, até, níveis mais altos de satisfação por parte do utente.

Referem também que os enfermeiros, por causa de sua perspetiva holística, estão bem treinados no que diz respeito ao apoio em relação ao autocuidado pelo que devem desempenhar um papel de liderança na administração dessas intervenções educacionais sistemáticas. Estas intervenções são focadas na preservação ou melhoria da saúde e na realização da meta de autogestão de um utente previamente avaliado clinicamente com uma doença crónica.

Neste papel privilegiado do enfermeiro, a relação profissional-utente é de extrema importância pois somente quando os utentes diabéticos confiam na experiência dos enfermeiros é que estes procurarão a sua ajuda.

No artigo 2 "Nursing-Intense Health Education Intervention for Persons with Type 2 Diabetes: A Quasi-Experimental Study" os autores descrevem que em ambos os grupos houve redução significativa dos níveis de HbA1c após a intervenção de Enfermagem.

Neste estudo foram incluídos intencionalmente, no grupo de intervenção, participantes que apresentavam valores mais elevados de HbA1c o que deve ser considerado na apreciação dos resultados. De acordo com estudos anteriores estes doentes conseguem um controlo glicémico mais rápido e adiam a introdução de antidiabéticos orais (Martínez Brocca, 2016).

Os participantes nos grupos de controlo e intervenção foram acompanhados por dois enfermeiros que estavam devidamente treinados na área da diabetes. Estes trabalhavam há mais de 10 anos com diabéticos e tinham uma pós-graduação em gestão de diabetes. Este estudo foi conduzido ao longo de 6 meses sempre pelos mesmos enfermeiros.

As intervenções realizadas para o grupo de controlo consistiram em agendamento de consultas presenciais com duração de 15 minutos cada uma, reforçadas com um apoio em grupo a cada 15 dias, durante 3 meses; nestas consultas eram feitos ensinamentos relativamente à alimentação saudável e à prática de exercício físico assim como a realização de um exame de sensibilidade à pressão e vibração em ambos os pés.

No grupo de intervenção, as consultas agendadas e a frequência do apoio em grupo tinham

o dobro de duração em relação às do grupo de controlo embora com a mesma duração de 3 meses. Nessas consultas os enfermeiros abordavam vários aspetos referentes à diabetes dando ênfase às técnicas de autocuidado em relação às complicações da diabetes mal controlada. Foram feitas sessões de Educação para a Saúde nas quais foi realçada a importância da adesão a hábitos alimentares saudáveis e à prática de exercício físico; foram elaborados planos de cuidados de enfermagem de modo a poder ser feita a avaliação e evolução dos objetivos traçados; Através da anamnese e de exame foi feita a deteção de complicações vasculares, rastreio de retinopatia e determinação do índice tornozelo-braço. Em ambos os grupos foi realizada a determinação da HbA1c passados 6 meses tendo-se concluído que as intervenções intensivas melhoram os parâmetros da HbA1c. Estima-se que por cada 1% de redução da HbA1c, em utentes com DM2 mal controlada, a probabilidade de morte prematura diminui 21% e a de complicações microvasculares em 37% (Linkeviciute-Ulinskiene, Kaceniene e Smailyte, 2020).

É importante salientar o melhor resultado no controlo da HbA1c neste grupo de intervenção no qual a prevalência de retinopatia, neuropatia e médio/alto risco de pé diabético era estaticamente significativa, em qualquer uma das complicações, pelo que se pode presumir que se possa ter conseguido retardar o seu agravamento.

O material utilizado para a realização da intervenção foram panfletos informativos que incluíam informações sobre como gerir a própria doença (dieta, atividade física, medicação, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e vida saudável com diabetes).

Realce-se que a importância da distribuição deste material escrito, no grupo de intervenção, teve em consideração que a meta de 7% para o controlo da doença dependia de vários fatores como os níveis de atividade física, a redução do *stress*, a adesão à medicação e uma dieta equilibrada (Cárdenas-Valladolid *et al.*, 2018). A condição *stress* é um fator que acresce o risco de desenvolver DM2 e, quando existente, de a agravar (Shona e Mubarak, 2015).

As intervenções intensivas de Educação para a Saúde por parte da equipa de Enfermagem podem efetivamente contribuir para melhorar o controlo dos doentes com DM2 pois os níveis de HbA1c e de adesão a bons hábitos de saúde melhoraram substancialmente.

Relativamente à implementação dos cuidados de Enfermagem que ocorreram na quase totalidade das consultas, quer neste estudo, quer nos outros dois estudos analisados, centrou-se na Educação para a Saúde que se apresenta como uma importante estratégia para estruturar o envolvimento da pessoa com DM2 no autocuidado e, por conseguinte, melhorar a adesão ao tratamento proposto. Deste modo, a gestão das doenças crónicas criou uma oportunidade para o desenvolvimento profissional do Enfermeiro de Família no campo da gestão do cuidado no sistema de saúde (Castanho, Carrara e Watts, 2016).

A elaboração de um plano de cuidados de enfermagem é de grande importância de forma a poder identificar quais os problemas existentes em cada utente e que estratégias se poderão utilizar para chegar a bons resultados. É fundamental, que o plano de cuidados, os seus objetivos e estratégias sejam delineados juntamente com o utente com base nas suas preferências individuais, valores e metas (Serrabulho, 2016).

Apoiado pelo Enfermeiro de Família, o utente com DM2 tem um papel central no que concerne à elaboração do plano de cuidados, pois este será elaborado tendo em conta os fatores individuais de cada utente como a idade, as condições laborais, as crenças em saúde, as habilidades cognitivas, as complicações da DM e as comorbilidades existentes.

As intervenções de Enfermagem ao utente com DM2 estão cada vez mais direcionadas para a Educação para a Saúde. Esta permite ajudar a pessoa a atingir os seus objetivos ao longo da sua vida em relação à doença. É um trabalho conjunto e contínuo entre a equipa multidisciplinar de saúde e a pessoa com diabetes para que esta se torne mais informada e esclarecida, mais autónoma e confiante no seu autocuidado e gestão da doença, mais motivada para viver com a doença e não para a doença. É nesta premissa que a relação terapêutica se torna fundamental e distingue o nosso trabalho enquanto Enfermeiros.

A consulta de enfermagem deve ter como foco principal a autogestão da pessoa diabética e deve englobar todas as intervenções de ensino à pessoa com diabetes. Neste ponto, o Enfermeiro de Família deve ter em consideração a definição de objetivos para alcançar metas, estratégias para resolução de problemas inerentes a doença, autocontrolo dos parâmetros de saúde e intervenções de carácter didático (Ferrito *et al.*, 2013).

Por meio de uma reflexão crítica, o Enfermeiro de Família pode relacionar a teoria ao contexto da prática e, assim, propor momentos de diálogo com o utente em que fica evidente as necessidades sentidas pelo utente bem como as suas potencialidades. Para tal, é necessário haver demonstração de empatia por parte do Enfermeiro de Família. Para isso importa conhecer os dados da pessoa, o seu passado, a sua estrutura familiar e o contexto da sua comunidade. Por isso, a interação com a pessoa é, por si só, terapêutica.

A Educação para a Saúde é um dos principais elementos da promoção da saúde pois permite ao enfermeiro reconhecer qual o conhecimento que o diabético tem sobre o seu processo de saúde-doença-cuidado favorecendo a hipótese de analisar, de uma forma crítica, o contexto em que está inserido e aperfeiçoar as suas estratégias para que o utente possa enfrentar a doença.

Como já referido, os dois enfermeiros que lideraram este estudo tinham formação na área da diabetes o que se mostrou benéfico pois existe evidência que os participantes atingiram bons resultados. É por isso necessário treino adequado da equipa para garantir a gestão dos grupos

de formação e personalizar o cuidado sob uma perspetiva holística, para que estes doentes possam aumentar os seus conhecimentos e consolidar os hábitos adquiridos.

Após análise dos resultados é importante salientar que quanto mais intensa for a intervenção de Enfermagem melhores são os resultados obtidos no controlo da doença. Verifica-se que quanto maior for o tempo de acompanhamento dos diabéticos, maior será o cumprimento dos utentes para seguir as recomendações dos enfermeiros e, inclusive uma maior adesão às consultas de Enfermagem por estes utentes.

Os autores referem que, embora tivesse havido melhoria nos níveis de HbA1c ao fim de 6 meses de intervenção intensiva, o prolongamento da mesma para 12 meses poderia ter proporcionado resultados ainda melhores. Este facto está de acordo com os estudos de (Ginzburg, Hoffman e Azuri, 2017; Cárdenas-Valladolid *et al.*, 2018) que consideram notório que o prolongamento do acompanhamento através de intervenções mais demoradas no tempo trazem benefícios a longo prazo e resultados mais positivos.

O estudo de Whitehead *et al.*, 2017 reforça esta ideia alegando que as complexidades da implementação de mudanças na vida diária para melhorar o controlo glicémico indicam a necessidade de suporte contínuo pós-intervenção, o que pode aumentar e manter a eficácia da intervenção e os objetivos a atingir.

É por isso essencial que o Enfermeiro de Família facilite o processo de comunicação entre ambos para que haja sucesso no controlo sendo através da motivação do utente que se poderão obter melhores resultados e melhor colaboração do mesmo.

No artigo 3 “Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes” os autores concluem que as intervenções lideradas por enfermeiros oferecem benefícios sustentados nos resultados clínicos e no estilo de vida.

Neste estudo, os 2 grupos seleccionados receberam uma intervenção liderada por enfermeiros durante 24 semanas. O grupo de controlo recebeu cuidados habituais relativamente à diabetes através de uma consulta presencial realizada de 3 em 3 meses com a duração de 20 a 30 minutos. Esta baseava-se em ensinamentos sobre o autocuidado, modificação do estilo de vida e adesão à terapêutica, assim como a distribuição de um folheto informativo sobre cuidados para reforçar o que tinha sido transmitido em consulta.

O grupo de intervenção, para além dos cuidados habituais, receberam no início da intervenção um folheto informativo detalhado que incluía também informações sobre como orientar o autocuidado. Este folheto era composto por 6 secções: dieta, atividade física, medicação, monitorização da glicemia, cuidados com os pés e vida saudável com diabetes. Para além das consultas, nas primeiras 4 semanas foram convidados a assistir a 4 sessões de Educação

para a Saúde em grupo, cada uma delas com duração de 120 minutos. Estas sessões de em grupo foram conduzidas por um enfermeiro especialista em diabetes. O seu foco dirigiu-se para o conhecimento da doença, o seu manejo e a resolução de problemas.

Os participantes também assistiram a 4 filmes de 10 minutos. Estes filmes eram baseados no conteúdo do folheto e relacionados com diferentes áreas do autocuidado da diabetes. Cada sessão abordou, respetivamente, prevenção de complicações a curto e longo prazo (sessão 1), atividade física e cuidados diários com os pés (sessão 2), alimentação saudável (sessão 3) e vida saudável com diabetes (sessão 4).

Dois meses após o fim das sessões em grupo, estes receberam semanalmente chamadas telefónicas, com a duração de aproximadamente 15 a 20 minutos, para motivar para a mudança de comportamento e promover a consecução das metas a atingir.

Durante este período o enfermeiro focalizou a sua intervenção evidenciando o uso da entrevista motivacional.

O estudo analisado ressalva a importância dos cuidados de Enfermagem ao diabético mediante orientações sobre a importância do autocuidado, orientações alimentares e sobre práticas de exercício físico e ensino de cuidados com os pés.

O Enfermeiro de Família tem um papel fundamental na educação da pessoa e da família sobre a doença e as tarefas que têm de ser desenvolvidas para a gestão da diabetes, ajudando-os a adquirir conhecimentos, capacidades e competências e a ultrapassar barreiras, tornando-se participantes ativos nos cuidados com a sua saúde (Serrabulho, 2016).

Da mesma forma Paula, Montina e Ribeiro (2018) acentuam que a Educação para a Saúde é uma estratégia que não apenas diminui os efeitos prejudiciais da DM nos participantes, mas melhora a qualidade de vida, permite o melhor ajustamento do quotidiano dos mesmos à condição crónica da doença e a adoção autónoma de hábitos e estilos de vida saudáveis.

Foi também proposto aos participantes a visualização de filmes educativos com os mesmos conteúdos dos folhetos informativos. A repetição da informação teve como objetivo treinar e incentivar os participantes na autogestão da doença através de uma persuasão verbal e visual. É apropriada a clareza e a objectividade da linguagem a qual deve ir ao encontro do nível cultural e cognitivo do doente e ser de fácil memorização.

A utilização de linguagem adequada pelos profissionais de saúde na comunicação com o doente diabético pode reduzir a ansiedade, promover confiança, educar e melhorar o autocuidado (Lloyd, Wilson e Holt, 2018).

Como referido anteriormente, a literacia em saúde é de extrema importância pois esta refere-se à capacidade individual para adquirir competências informativas sobre a própria saúde. Neste estudo, o grau de escolaridade da maioria dos participantes era o ensino primário. Ora, nos utentes com escolaridade mais baixa são tendencialmente menores o conhecimento da

doença e a adesão ao tratamento (Couras Corrêa *et al.*, 2017).

Segundo o estudo de Rachmawati *et al.*, (2017) a autogestão da diabetes está associada à alfabetização em idosos com DM2 e deve ser considerada ao avaliar e abordar as necessidades de Educação para a Saúde específicas da diabetes. Os mesmos autores referem que a alfabetização em saúde é conhecida por determinar a obtenção bem-sucedida de resultados em saúde.

(Moura *et al.*, 2019) corroboram esta afirmação mencionando que a baixa alfabetização em saúde está associada ao baixo conhecimento sobre diabetes e também que esta leva a uma autogestão insatisfatória. Os doentes com menor formação académica podem não compreender tão bem a doença e conseqüentemente estarem menos despertados para gerir a patologia (Zhu, Mooi e Shamsuddin, 2019).

Neste estudo, as chamadas telefónicas foram realizadas semanalmente como forma de acompanhamento. O apoio realizado por meio eletrónico e/ou por meio de chamadas telefónicas fortalece a adesão ao cumprimento das indicações terapêuticas transmitidas pelo enfermeiro.

Igualmente o apoio social dado pelo enfermeiro é crucial pois influencia o tipo de qualidade de vida dos doentes diabéticos. É reconhecido que o acompanhamento telefónico por parte do enfermeiro conduz à melhoria dos parâmetros metabólicos e a uma melhor adesão às recomendações para o tratamento (Watts e Sood, 2016). O objetivo dessas chamadas era promover a realização contínua do desempenho por meio da persuasão verbal positiva. Estas chamadas foram baseadas em princípios da entrevista motivacional, utilizada como estratégia para apoiar os utentes a fazerem melhores escolhas de saúde.

A entrevista motivacional torna-se assim essencial de modo a poder-se criar uma aliança terapêutica entre o utente e o enfermeiro. Aquela deve responder a princípios tais como aceitação, compreensão da pessoa em todos os aspetos, escuta ativa, evitar juízos de valor, críticas ou moralismos e estimular o sentimento de eficácia pessoal.

Para tanto, o Enfermeiro de Família precisa de ser empático e utilizar escuta ativa ao demonstrar que está genuinamente interessado em compreender o que a pessoa está a pensar, a sentir, a querer e o significado da mensagem que está a ser transmitida, assim como a confirmação da sua própria compreensão da mensagem. A utilização de escuta reflexiva e a formulação de perguntas abertas permite clarificar se está a haver compreensão das mensagens transmitidas. Este processo de *feedback* torna a escuta ativa mais efetiva. A crença da pessoa na possibilidade de mudança é um fator de motivação importante pois o utente é responsável pela sua decisão de mudança (Steffen, Mendonça e Meyer, 2021).

Por esta razão, o Enfermeiro de Família deve evitar a argumentação pois esta aumenta as resistências à mudança; deve antes apresentar novos pontos de vista, mas não os impor.

Quando existe resistência por parte do utente, o Enfermeiro de Família deve ter a capacidade de entender que precisa de mudar o estilo de respostas que dá à pessoa. As capacidades de comunicação assertivas, abertas e apoiantes do Enfermeiro de Família favorecem muito a interação pois, deste modo, as pessoas sentem-se à vontade para discutir as suas dificuldades e as mudanças que já tentaram fazer (Serrabulho, 2016).

Por conseguinte, o Enfermeiro de Família tem que ter sempre presente o objetivo de capacitar os utentes com DM2 tornando-os mais conscientes das ações promotoras da saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços. A educação na diabetes deve ser um processo contínuo de incentivo ao conhecimento e às capacidades necessárias para o tratamento da doença (Ministério da Saúde, 2016a). O objetivo consubstancia-se na mudança de comportamento e na desejável adesão ao tratamento (Serrabulho, 2016).

É por isso essencial que o Enfermeiro de Família facilite o processo de comunicação entre ambos para que haja sucesso no controlo sendo através da motivação do utente que se poderão obter melhores resultados e melhor colaboração do mesmo. Daí que os enfermeiros constituam o maior e mais confiável grupo de profissionais de saúde pois estão posicionados de forma única para inspirar mudanças positivas e transformar a gestão de cuidados de saúde, servindo como ponte entre a teoria e a prática.

Nestes resultados é reforçada a importância da intervenção do enfermeiro para obter melhores resultados na autogestão da doença, tal como observado nos estudos anteriores.

Uma boa autoeficácia melhora os resultados em saúde a longo prazo em doentes crónicos; os resultados mostram que é possível alcançar mudanças de comportamento aumentando a motivação intrínseca e a autoeficácia.

Uma boa intervenção de Enfermagem, como neste estudo, requer enfermeiros com formação sobre diabetes. Neste caso, o enfermeiro que interveio tinha especialidade em diabetes o que proporcionou mais confiança por parte do utente diabético e uma maior motivação na procura do enfermeiro a fim de saber lidar com os efeitos que a diabetes provoca reduzindo assim complicações, as quais poderão ser fatais em algumas situações.

Sendo o Enfermeiro de Família o profissional que cuida da família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, aquando da existência de uma doença crónica deverá promover a potencialização das forças e recursos do sistema familiar. As mudanças nos hábitos de vida na pessoa com diabetes irão inevitavelmente ter repercussões no seu meio familiar. Por isso o Enfermeiro de Família tem um papel fulcral no que diz respeito à capacitação da pessoa/família em saber viver com as mudanças que a doença exige.

Neste estudo, os familiares dos participantes foram também convidados a comparecer nas sessões de Educação para a Saúde para que pudessem fornecer suporte multibenéfico para o diabético.

É imperioso incluir a família neste processo pois o suporte familiar tem um impacto determinante na gestão da diabetes (Lee *et al.*, 2017) verificando-se que os programas educacionais para a diabetes, orientados também para a família, nas várias vertentes da prevenção, melhoram o controlo glicémico (Kodama *et al.*, 2019), diminuem o risco das complicações da doença e até do próprio tratamento (hipoglicémias), mas também lhes possibilita compreender melhor a natureza da patologia (Couras Corrêa *et al.*, 2017).

Para além do apoio familiar, o suporte social desempenha igualmente um papel importante na promoção de estilos de vida saudáveis e no bem-estar do diabético com reflexo no controlo glicémico (Sousa-Muñoz e Sá, 2020).

Após 3 meses, o grupo de intervenção apresentou melhor qualidade de vida em relação aos do grupo de controlo, mas esse padrão diminuiu ligeiramente aos 6 meses, apesar de superior ao grupo controlo. Esta alteração pode ser justificada pelo facto das sessões de educação em grupo terem um grande impacto no que se refere à interação entre cada um dos elementos do grupo de intervenção pois proporcionaram-lhes partilha de experiências pessoais e troca de opiniões permitindo assim que os participantes tivessem uma melhor perceção sobre a sua qualidade de vida em relação à sua doença.

Esta alteração de resultados poderá ter sido provocada pela curta duração da realização das sessões em grupo o que reforça o que já foi mencionado em relação aos outros estudos analisados: para que as intervenções mantenham bons resultados é necessário que sejam realizadas a longo prazo.

Nos estudos analisados os participantes no grupo de intervenção receberam aconselhamento pessoal o qual incluiu conhecimento sobre a doença e foram também capacitados quanto ao seu controlo, o cuidado ideal e as metas de acompanhamento tendo dele constado sessões de Educação para a Saúde e/ou sessões de aconselhamento e/ou a distribuição de panfletos informativos e/ou conversas de apoio por telefone. Num deles houve também avaliação clínica para a deteção precoce de complicações vasculares.

A Educação para a Saúde é um dos pilares da terapêutica e constitui uma das medidas mais eficazes para se conseguir um melhor controlo e prevenir ou retardar o aparecimento das complicações. Todavia este objetivo é proporcional à literacia do doente e à sua capacidade de envolvimento e treino para se responsabilizar pelo seu autocuidado permitindo-lhe aceder a uma vida mais adequada e autónoma.

Do contacto regular com o Enfermeiro de Família o doente diabético consegue gerir bastante melhor o seu autocuidado (Cardoso *et al.*, 2022).

Por isso as intervenções de Enfermagem deverão ser adaptadas à literacia e, atualmente com um cada vez maior número de migrantes, às barreiras linguísticas devendo ser iniciadas no momento do diagnóstico da doença.

Foi possível verificar que todas as intervenções foram de natureza psicoeducativas considerando o suporte social, informativo, instrumental e emocional, no sentido de desenvolver os conhecimentos e as competências dos participantes com o objetivo de os capacitar para uma gestão mais eficaz da sua doença. Os utentes com melhor suporte social apresentam melhor perceção da qualidade de vida

Por sua vez, estas intervenções devem ser mantidas no tempo para que as alterações observadas persistam de uma forma eficaz, diminuindo os custos com a doença.

Os momentos de avaliação dos resultados foram muito distintos sendo que no estudo 1 foram de 2 anos, no estudo 2 de 6 meses e no estudo 3 de 24 semanas.

Fica claro que o Enfermeiro de Família desempenha um papel fulcral no aconselhamento dos doentes sobre a autogestão da sua doença e procura de acompanhamento com reflexo nos parâmetros metabólicos, sobretudo da HbA1c a longo prazo (Watts e Sood, 2016).

Em qualquer dos estudos, as características sociodemográficas (idade, género e estado civil) não interferiram com os resultados obtidos assim como as características clínicas (tempo de diagnóstico, medicação, comorbilidades).

A condição socioeconómica não foi avaliada, mas a relação entre a pobreza e as doenças crónicas é bidirecional: a pobreza causa falta de saúde e a falta de saúde ocasiona empobrecimento.

Quanto às limitações encontradas nos estudos selecionados, existe diferença em relação ao tempo de duração de cada estudo, concluindo-se que estudos com duração inferior a 6 meses podem dificultar a obtenção de resultados relativamente à intervenção do enfermeiro no controlo da diabetes. Pelo contrário, nos estudos com maior duração de intervenção, os resultados obtidos são mais duradouros.

Em cada estudo o número de participantes incluídos não é vasto o que pode não ser representativo de toda a comunidade de doentes diabéticos pese embora em todos os estudos encontrados o número de doentes incluídos seja semelhante.

Os resultados encontrados relativamente ao controlo da HbA1c pelo Enfermeiro de Família são consistentes com a literatura existente pelo que a evolução favorável do estado de saúde do diabético, com o foco individualizado no utente, reduz a morbilidade, os custos e a necessidade de recorrer com maior frequência ao médico libertando-o para outras atividades. Apesar da evolução terapêutica e tecnológica no tratamento da diabetes e dos esforços desenvolvidos para o controlo da doença, os objetivos terapêuticos não têm sido devidamente atingidos o que resulta num número significativo de diabéticos com mau controlo metabólico

e lesão de órgãos-alvo (Kazemian, Shebl e McCann, 2019). Daí a relevância do autocuidado na qual a modificação de estilos de vida e os cuidados psicológicos e sociais são considerados elementos-chave da gestão da diabetes (Powers *et al.*, 2020). Como relevantes são as intervenções educacionais que capacitam o doente diabético para realizar o seu autocuidado de forma adequada (Powers *et al.*, 2020).

Desta forma, o Enfermeiro de Família tem um papel insubstituível no acompanhamento do doente diabético ajudando a compreender a trajetória da doença capacitando-o para a autogestão da mesma (Nikitara *et al.*, 2019) a qual é demonstrada, por vários estudos, em resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, nomeadamente, controlo do regime terapêutico, comportamento de adesão ao regime de exercício físico, melhoria dos parâmetros clínicos, adoção de hábitos alimentares saudáveis e adesão à autovigilância dos pés (Azami *et al.*, 2018; Marques *et al.*, 2019).

Após a discussão dos estudos selecionados concluo que estes respondem à minha questão de investigação “existe evidência científica que a intervenção do Enfermeiro de Família, na área dos Cuidados de Saúde Primários, melhora o controlo da Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto?” pois posso constatar que as intervenções de Enfermagem promovem uma melhor adaptação ao estilo de vida dos diabéticos em estudo, conseqüentemente uma melhora qualidade de vida, melhora os resultados clínicos, previne as hospitalizações o que, por conseguinte, reduz as despesas em saúde.

CONCLUSÃO

A DM2 traduz um significativo peso não apenas na qualidade de vida, mas também económico para os doentes, suas famílias e para o SNS. Contudo, o impacto humano e económico pode ser substancialmente reduzido e potencialmente evitável. Para tal, são necessárias intervenções para ajudar o doente no controlo da sua doença garantindo qualidade nos cuidados prestados e permitindo melhor qualidade de vida para o doente diabético, reduzindo ao mesmo tempo os custos sociais e económicos.

Demonstrada a relação inequívoca da ação do Enfermeiro de Família no envolvimento do doente diabético no controlo da sua doença fica claro que a conduta do enfermeiro tem implicações importantes na saúde dos doentes. Das suas decisões terapêuticas, da sua prestação de cuidados centrados e integrados no contexto de cada pessoa, o Enfermeiro de Família torna-se num agente de mudança impulsionando o diabético a aumentar a sua capacidade, motivação e responsabilização para o autocuidado com melhores resultados em saúde.

Com o objetivo de pesquisar a evidência existente no âmbito da temática exposta, esta RSL foi estruturada de maneira a informar sobre a eficácia das intervenções de Enfermagem no controlo da DM2 e os seus resultados.

Concluí que existe evidência de que, nos CSP, as intervenções do Enfermeiro de Família no controlo da DM2 no adulto são efetivamente eficazes com resultados favoráveis nos valores da HbA1c.

Esta RSL fornece evidências sobre a eficácia das intervenções de enfermagem nos resultados dos diabéticos nos CSP, especificamente em relação à satisfação, qualidade de vida

Considero que o estudo que desenvolvi poderá vir a ser um potencial de valorização da intervenção do Enfermeiro de Família como elemento fundamental e integrante de uma equipa multidisciplinar. Embora atualmente já se considere o Enfermeiro de Família como presença imprescindível na prestação dos cuidados de saúde, conseqüente ao seu papel interativo junto da pessoa/família, é pertinente analisar as intervenções inerentes à prática do Enfermeiro de Família de modo a assegurar a qualidade de cuidados prestados e a diminuição das complicações da DM2 a curto ou a longo prazo.

A evidência atual, apesar de ser ainda limitada, aponta para que a intervenção do Enfermeiro de Família no controlo metabólico da DM2 é custo-efetiva e torna-se mais robusta à medida que ela vai decorrendo o que demonstra a potencialidade das intervenções do Enfermeiro de Família numa patologia de controlo difícil em que os casos de insucesso são frequentes.

Contudo, afigura-se como prudente, a realização de mais estudos para suportar as conclusões obtidas e colmatar algumas limitações.

Definir planos de intervenção de Enfermagem e uniformizar práticas profissionais assume uma relevância ímpar não só para prevenir a doença como para a melhor tratar e adiar o aparecimento das complicações. Daí a necessária implantação de intervenções, de forma holística, pelo Enfermeiro de Família, para melhor desenvolver e estimular a importância para o autocuidado com base em informações e orientações sobre a doença e o seu bom controlo. Por isso, os Cuidados de Saúde Primários constituem-se como o contexto de excelência onde o Enfermeiro de Família tem uma intervenção fundamental na prestação de cuidados de saúde e deve assumir um papel relevante na gestão e no controlo da DM2 no adulto.

IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

O Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados na área da sua respetiva especialidade em Enfermagem (OE, 2018).

A diabetes é hoje encarada com uma epidemia global de consequências sociais e económicas relevantes pelo que urge implementar estratégias interventivas capazes de prevenir a evolução da doença.

O controlo da DM2 é um dos objetivos para proporcionar ao utente/família uma melhor funcionalidade e qualidade de vida. O papel do Enfermeiro de Família no cumprimento deste objetivo, através da implementação da intervenção de Enfermagem, é fundamental.

O doente diabético deve ter um papel ativo no autocuidado e na gestão da doença o que implica que este seja o máximo autónomo, de forma a saber gerir adequadamente todos os aspetos relacionados com a mesma. Para tal, necessita de aprender a saber lidar com os sintomas e limitações inerentes à doença. A participação de uma equipa multidisciplinar é fundamental onde o Enfermeiro de Família assume um papel ativo no processo de transmissão de conhecimentos e da capacitação do individuo para autogerir a sua doença.

O Enfermeiro de Família estabelece uma relação de proximidade com o utente/família assim como nos cuidados personalizados, o que o caracteriza como sendo o “gestor” da situação de saúde do indivíduo/família, acabando inevitavelmente por ser a ponte de ligação destes entre os vários serviços de saúde.

Posto isto, as intervenções de Enfermagem no controlo da DM2 são cruciais, de modo a garantir uma melhor gestão da doença e, sobretudo, incentivar o utente a ser mais autónomo e saber lidar com a mesma.

Os resultados dos presentes estudos vêm reforçar a ideia da necessidade de priorizar ações relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de complicações. Estas deverão ser enquadradas no contexto familiar, a par das intervenções direcionadas aos papéis familiares, *coping* familiar e processo familiar, tendo em conta que a união entre os membros da família estão relacionadas com a adesão ao tratamento da pessoa com diabetes.

Assim, o Enfermeiro de Família é de fundamental importância para o tratamento da diabetes já que avalia os aspetos sociais e o grau de conhecimento do utente relativo à sua doença, realiza de uma forma direcionada e contínua ações de Educação para a Saúde e, simultaneamente, promove a adoção de estratégias de mudanças no comportamento.

Com intervenções específicas o Enfermeiro de Família encontra-se em condições de liderar o processo de intervenção em populações predefinidas de acordo com o modelo de gestão de cuidados na DM2 (Ginzburg *et al.*, 2017).

Com uma abordagem inclusiva, centrada no doente, o Enfermeiro de Família deve transmitir ao doente que este deve assumir a condição de prestador dos próprios cuidados (autocuidado) de modo a gerar mudança e a obter melhores resultados em saúde.

Implementar intervenções de Enfermagem é o primeiro passo para prevenir ou atrasar o aparecimento e a evolução das complicações associadas a esta patologia para que a pessoa com diabetes consiga controlar os mais diversos aspetos do seu quotidiano.

Qualquer doente diabético, independentemente da terapêutica farmacológica, deve ter acompanhamento na gestão da sua doença. Ora, implementar intervenções de Enfermagem é o primeiro passo para prevenir ou atrasar o aparecimento e evolução das complicações associadas a esta patologia para que a pessoa com diabetes consiga controlar os mais diversos aspetos do seu quotidiano.

A intervenção do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários, em particular na DM2, permite ao doente conhecer melhor a trajetória da sua doença e promover o seu autocuidado, nas diferentes fases do ciclo de vida. Ao mesmo tempo, este processo de ajustamento implica mudanças psicossociais não só no doente como também nos restantes membros da família e no sistema familiar como um todo o que, por sua vez, se irá materializar em ganhos em saúde da família como um todo (Silva, Crepaldia e Boustfield, 2021) o que por sua vez, se irá materializar em ganhos em saúde da família como unidade.

Dada a complexidade do sistema familiar, as alterações psicossociais no doente diabético terão reflexo na família como um todo e nos seus membros, de forma individual, podendo daqui surgir estrangimentos em alguns planos da vida familiar (Souza, Cucola e Perroca, 2019). Por isso, os conflitos familiares (problemas de união entre os membros da família, por ex.) podem criar barreiras às intervenções direcionadas para o doente, dificultando a sua adesão à própria intervenção, ao tratamento e, conseqüentemente, à prevenção ou adiamento das complicações (Souza, Silva e Silva, 2021).

É conhecida a influência da família, enquanto unidade de cuidado, e a sua associação entre o suporte familiar e controlo do familiar diabético (Joaquim, Nunes e Miranda, 2022).

Neste contexto compete ao Enfermeiro de Família promover a potencialização das forças e recursos do sistema familiar nas diferentes fases do ciclo de vida, tendo em conta que o sistema de valores da família e da pessoa individualmente influenciam diretamente os comportamentos de saúde, bem como a capacidade de se reestruturar perante o diagnóstico de uma doença crónica (Figueiredo, 2012).

Torna-se, contudo, necessário produzir mais investigação em Enfermagem na área de Saúde Familiar de forma a que o papel do Enfermeiro de Família, na educação e na promoção da saúde, se torne mais visível, mais significativo e logo mais reconhecido como indispensável porque baseado numa prática assegurada na melhor evidência científica com a conseqüente

melhoria da qualidade nos cuidados de saúde prestados e, principalmente na tão crucial otimização dos resultados em saúde.

Para além do desenvolvimento da autonomia profissional no âmbito da gestão da doença crónica é também um contributo essencial na investigação e na afirmação da Enfermagem nas Ciências da Saúde com uma robustez profunda que lhe confere uma identidade como Disciplina e como Profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2021). Relatório Anual do Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos so SNS e Entidades Convencionadas. 97. Retrieved Set 6, 2022, from <https://www.acss.min-saude.pt/2021/09/06/relatorio-anual-de-acesso-apresenta-a-atividade-realizada-em-2020/>
- ADA. (2014). American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 37(Supplement_1), 81-90. Retrieved from https://diabetesjournals.org/care/article/37/Supplement_1/S81/37753/Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes-Mellitus
- ADA. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes – 2016 – American Diabetes Association. *Diabetes Care Journal*. 39(1), s112. Retrieved from https://diabetesjournals.org/care/article/39/Supplement_1/S47/28938/6-Obesity-Management-for-the-Treatment-of-Type-2
- ADA. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 – American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 42(1), 62-7. Retrieved from https://diabetesjournals.org/care/article/42/Supplement_1/S13/31150/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes
- ADA. (2022). American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 45(January), S256–S258. Retrieved from <https://www.biogenetech.co.th/wp-content/uploads/2021/12/ADA-Guideline-2022.pdf>
- Adepoju, O. E., Bolin, J. N., Phillips, C. D., Zhao, H., Ohsfeldt, R. L., Mcmaughan, D. K.,... Forjuoh, S. N. (2014). Effects of diabetes self-management programs on time to hospitalization among patients with type 2 diabetes: A survival analysis model. *Patient Educ Couns*. 95(1), 111–117. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24468198/>
- Almeida, M., Sousa C., M. R., & Loureiro, H. M. (2019). Effectiveness of an empowerment-based educational program in self-efficacy perception in patients with diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*. IV, 33–42. Retrieved from <https://doi.org/10.12707/RIV19037>
- Al Sayah F, Majumdar SR, Johnson JA. 2015. Associação de alfabetização em saúde inadequada com resultados de saúde em pacientes com diabetes tipo 2 e depressão: análise secundária de estudo controlado. *Can J Diabetes*. 39, 259–65. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2014.11.005>
- Anderson, K. H., Dupuis, F., Bell, J. M., Edd, N. K., & Garcia-vivar, C. (2015). International Family Nursing Association (IFNA) Declaração de Posição sobre Competências do Enfermeiro. Páginas 1–8. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- Andrade, A. I. N. P. de A. E., & Martins, R. M. L. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 1(40), 185–199. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1210>
- Apóstolo, J.L.A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnFC). Coimbra, Portugal. Retrieved from <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdiCvHFwDpAvDd>
- Araújo de Carvalho, E., das Neves Júnior, T. & Alves Nogueira, I. L. (2022). Autocuidado de usuarios com enfermedades crónicas en la atención primaria a la luz de la teoría de Orem. *Self-Care of Users with Chronic Diseases in Primary Care in the Light of Orem's Theory*, 21(4), 172–186. Retrieved from <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/508511>
- Aromataris, E., Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Chapter 1: JBI Systematic eviws. Retrieved from <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal [APDP] (2009). *Diabetes Tipo 2, Um Guia de Apoio e Orientação*. Lisboa. LIDEL - Edições Técnicas.
- Atlas, I. D. F. (2019). In *The Lancet*. International Diabetes Federation. (266), 6881, 9ª Ed. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)92135-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)92135-8)
- Ausili, D., Bulgheroni, M., Ballatore, P., Specchia, C., Addini, A., Bezze, S.... Genovese, S. (2017). Autocuidado, qualidade de vida e desfechos clínicos de pacientes com diabetes tipo 2: um estudo observacional transversal. *Ata diabetológica*, 54(11), 1001–1008. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s00592-017-1035-5>
- Azami, G., Soh, K. L., & Sazlina, S. G. (2018). Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 12. Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2018/4930157>
- Banday, M. Z., Sameer, A. S., & Nissar, S. (2020). Pathophysiology of diabetes: An overview. *Avicenna Journal of*

- Medicine, 10(04), 174–188. Retrieved from https://doi.org/10.4103/ajm.ajm_53_20
- Bettany-Saltikov, J., e McSherry, R. (2016). How to do a Systematic Literature Review in Nursing: a Step-by-Step Guide. Nova Iorque: Open University Press. Retrieved from <https://www.amazon.com/Systematic-Literature-Review-Nursing-Step/dp/0335242278>
- Bourbon, M., Alves, A. C., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Retrieved from https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf
- Briggs, J. (2017a). Checklist for Quasi-Experimental Studies. The Joanna Briggs Institute, 1–6. Retrieved from http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool2017.pdf
- Briggs, J. (2017b). Checklist for Randomized Controlled Trials. Joanna Briggs Institute, 1–9. Retrieved from [http://Joanna_Briggs_Institute_2017_Critical_Appraisal_Checklist_for_Prevalence_Studies_\(jbi.global\)](http://Joanna_Briggs_Institute_2017_Critical_Appraisal_Checklist_for_Prevalence_Studies_(jbi.global))
- Calixto, A., A., Teixeira, C., R., Alencar, C., Gorzílio, D., Lemos, D., Benetti, D... & Schinerder, E. (2018). Programa de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Protocolo e diretrizes de atendimento. Linha de Cuidado: Hipertensão e Diabetes, 25-32. Retrieved from <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssauade/pdf/prot-hip-diab-atendimento-1.pdf>
- Cárdenas-Valladolid, J., Andrés-López, A., García-Jiménez, R., Duarte-Dios, M.J., Gomes-Campelo, P., Lunar, C... & Salinero-Forte, M. A. (2018). Effectiveness of standardized nursing care plans to achieve A1C, blood pressure, and LDL-C goals among people with poorly controlled type 2 diabetes mellitus at baseline: Four-year follow-up study. BMC Family Practice, 19(1), 1–10. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0800-z>
- Cardoso, A. F., Queirós, P., Amaral, A. S., Fontes-Ribeiro, C., Rosa, A., Cruz, R. & Sidani, S. (2022). Validation of the Therapeutic Self-Care Scale-European Portuguese Version in Primary Care Type 2 Diabetes Adults. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(7). Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph19073750>
- Care, D., & Suppl, S. S. (2020). Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care, 43(January), S48–S65. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/dc20-S005>
- Care, D., & Suppl, S. S. (2022). *Classification and Diagnosis of Diabetes*: Standards of Medical Care in Diabetes — 2022. Diabetes Care, 45(Suppl), 17–38. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/dc22-S002>
- Castanho, N. N., Carrara, B., & Watts, S, S. (2016). Diabetes Virtual Case Management: Um novo modelo para a gestão de cuidados crônicos. Administração de Enfermagem Trimestral, 40(1), 60-67. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/NAQ.000000000000147>
- Caughy, A., & Turrentine, M. (2017). ACOG Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologist Gestational Diabetes Mellitus. Number 190. 131(180), 49–64. Retrieved from <https://www.sclhealth.org/-/media/files/scl-health-corp/core/diabetes-obesity/acog-gestational-diabetes-core.pdf>
- Cobas, R., & Bertoluci, M. (2022). Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz Oficial Da Sociedade Brasileira de Diabetes, 1–23. Retrieved from <https://doi.org/10.29327/557753.2022-2>
- Couras Corrêa, P. C., Martins Farias, L. & Gomes de Lima, G., (2017). Perception of Carriers Cared for At the Family Health Strategy, About Diabetes Mellitus Type 2. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE. 11(4), 1645–1651. Retrieved from <https://doi.org/10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201712>
- Daly, B., Arroll, B., & Kenealy, T. (2015). Management of diabetes by primary health care nurses in Auckland, New Zealand. Journal of Primary Health Care, 7(1), 42–49. Retrieved from <https://doi.org/10.1071/hc15042>
- Daly, B., Tian, CJL. & Scragg, RKR. (2017). Effect of nurse-led randomised control trials on cardiovascular risk factors and HbA1c in diabetes patients: a meta-analysis. Diabetes Research and Clinical Practice, 131, 187–199. Retrieved from <https://europepmc.org/article/med/28756133>.
- DECRETO LEI NO 161/96 DE 4 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 205 (1996). Acedido a 20 jun. 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- DECRETO-LEI NO 118/2014 DE 5 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário Da República: I série, No 118 (2014). Acedido a 20 maio. 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- DECRETO-LEI NO 156/2015 DE 16 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, No 181 (2015). Acedido a 22 jan. 2023. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- DECRETO LEI NO 73/2017 DE 21 DE JUNHO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série. No 118 (2017). Acedido a 01 jun. 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/73-2017-107541409>

- DECRETO LEI NO 52/2022 DE 4 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. 108 (2022). Acedido a 17 jan. 2023. Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3557&tabela=leis&ficha=1&pagina=1
- DESPACHO NO 3618/A DE 10 MARÇO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2016). Diário Da República: II série, No 49 (2016). Acedido a 23 jun. 2022. Disponível em <https://dre.tretas.org/dre/2531839/despacho-3618-A-2016-de-10-de-marco>
- Dias, M. (2011) Um olhar sobre a família na perspetiva sistemática: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19139.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma Da Direção Geral Da Saúde No 002/2011, 1–13. Retrieved from <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/01/14/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). Health Literacy Action Plan 2019-2021. Direção-Geral Da Saúde (DGS). 26. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). Programa Nacional para a Diabetes Desafios e Estratégias 2019. Retrieved from <https://www.aenfermagemasleis.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, 1–268. Retrieved from <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/plano-nacional-de-saude/>
- Dixon, J., Browne, J.L., & Mosely, K. G. (2014). Severe obesity and diabetes self-care attitudes, behaviours and burden: implications for weight management from a matched case-controlled study. *Results from Diabetes MILES-Australia*. *Diabetic Medicine*, 31(2), 232-240. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/dme.12306>
- Ebers, G., Crist, E., Nororden, V., Bernard, C., Langerhans, P., Mering, V., & Thompson, L. (2015). Apresentação - Diabetes: recordando uma história. *Revista Hupe - Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 14(4), 34–36. Retrieved from <https://doi.org/10.12957/rhupe.2015.20069>
- Elsayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V., R., Bannuru, R., R., Brown, F., M., Bruemmer, D... Das, S., R. (2023). Introduction and Methodology : Standards of Care in Diabetes — 2023. *Diabetes Care*, 46 (December 2022), S1–S4. Retrieved from https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S1/148054/Introduction-and-Methodology-Standards-of-Care-in
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem. In Autocuidado um foco central na enfermagem. Retrieved from <http://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2021/11/AUTOCUIDADO-UM-FOCO-CENTRAL-PARA-A-ENFERMAGEM> Versão provisória.pdf
- Felipe, G. F., Moreira, T. M. M., Silva, L. de F. da, & Oliveira, A. S. S. de. (2011). Consulta de Enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste* Rene Fortaleza. 12(2), 287–294. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027975005>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Carneiro, A. V. (2013). Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica * Nursing interventions to the patients with type 2 Diabetes in primary health care: development of a guideline, (6), 19–29. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13926/1/CSaude_6_20132014_artigo_2_19_29.pdf
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures:Lusociência.
- Gagliardino, J. J., Chantelot, J.M., Domenger, C., Ramachandran, A., Kaddaha, G., Mbanya, J.C...& Chan, J. (2019). Impact of diabetes education and self-management on the quality of care for people with type 1 diabetes mellitus in the Middle East (the International Diabetes Mellitus Practices Study, IDMPS). *Diabetes Research and Clinical Practice*, 147, 29–36. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30218744/>
- Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B... & Martín, C. (2020). Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(17), 1–34. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijms21176275>
- Garber, A. J., Abrahamson, M. J., Barzilay, J. I., Blonde, L., Bloomgarden, Z. T., Bush, M. A...& Umpierrez, G. E. (2018). Consensus Statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2018 Executive Summary. *Endocrine Practice*, 24(1), 91–121. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29368965/>

- Ginzburg, T., Hoffman, R., & Azuri, J. (2017). Improving diabetes control in the community: A nurse managed intervention model in a multidisciplinary clinic. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 23–30. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Improving-diabetes-control-in-the-community%3A-A-in-a-Ginzburg-Hoffman/507848c2ac888bfb06bb0f4690f26676c5a9e8b9>
- Goldstein, D. E., Little, R. R., Lorenz, R. A., Malone, J. I., Nathan, D. M., & Peterson, C. M. (2003). Tests of glycemia in diabetes. *American Diabetes Association. Diabetes Care*, 26(SUPPL. 1), 2000–2002. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/diacare.26.2007.s106>
- Gouveia-Pereira, M., Miranda, M. (2021). *Manual Terapia Familiar – Teoria, Avaliação e Intervenção Sistemática – Lisboa. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.*
- Governo Constitucional. (2022). Programa do XXII Governo Constitucional, 1-181. Retrieved from <https://www.portugal.gov.pt/gc23/programa-do-governo-xviii/programa-do-governo-xviii-pdf.aspx?v=«mlkvi»=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>
- Guo, Z., Liu, J., & Zeng, H. (2019). Feasibility and efficacy of nurse-led team management intervention for improving the selfmanagement of type 2 diabetes patients in a chinese community: A randomized controlled trial. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1353–1362. Retrieved from <https://doi.org/10.2147/PPA.S213645>
- Hanson, S., Kaakinen, J., (2005). *Fundamentos teóricos para a Enfermagem de Família. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação.* 2ª Ed. Lisboa: Lusociência.
- International Family Nursing Association. (2022). Declaração da IFNA sobre as competências práticas avançadas para a enfermagem de Família, 1-8. Retrieved from <https://internationalfamilynursing.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/GC-PDF-document-Portuguese-language-translation.pdf>
- Isaksson, U., Hajdarevic, S. & Abramsson, M. (2015). Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden. *Scand. J. Caring Sci*, 29(3), 521–527. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/scs.12185>
- Joanna Briggs Institute. (2014). The Joanna Briggs Institute: The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*, 1-40. Retrieved from <https://nursing.isuhsv.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>
- Joaquim, N., Nunes, T., & Miranda, R. (2022). Intervenções educacionais baseadas na família para a autogestão da diabetes em adultos: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(1), 61–72. Retrieved from <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13064>
- Kazemian, P., Shebl, F. M., & McCann, N. (2019). Evaluation of the Cascade of Diabetes Care in the United States, 2005-2016. *JAMA Internal Medicine*, 179(10), 1376–1385. Retrieved from <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2396>
- Kodama, S., Morikawa, S., Horikawa, C., Ishii, D., Fujihara, K., Yamamoto, M., Osawa, T., Kitazawa, M., Yamada, T., Kato, K., Tanaka, S., & Sone, H. (2019). Effect of family-oriented diabetes programs on glycemic control: A meta-analysis. *Family Practice*, 36(4), 387–394. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy112>
- Krebs, J. (2019). Type 2 diabetes and the management of hyperglycaemia, 1–8. Retrieved from <https://www.researchreview.co.nz/getmedia/3d93f1b2-30f8-419d-b51e-c141be0b28f0/Educational-Series-Type-2-diabetes-agents-for-hyperglycaemia-management.pdf.aspx?ext=.pdf>
- Kueh, C. Y., Morris, T., & Borkoles, E. (2015). Modelling of diabetes knowledge, 106 attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with na Australian sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 129–140. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0303-8>
- Kueh, Y. C., Morris, T., & Ismail, A. A. (2017). The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 22:2, 138-144. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851120/>
- Laguardia, J. (2013). Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Rev Bras Epidemiol*, 16(4), 889–897. Retrieved from <https://www.scielo.br/rbepid/a/jKQdkPHXVmGFvgLghfbrq4P/?lang=pt>
- Lee, A. A., Piette, J. D., & Heisler, M. (2017). Family members' experiences supporting adults with chronic illness: a national survey. *Fam Syst Health*, 35(4), 463–473. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/fsh0000293>
- Lima do Carmo, R., Nunes, T. D., & Nunes, T. D. (2018). Influência Das Atividades De Autocuidado De Pacientes Diabéticos Sobre Os Parâmetros Bioquímicos E Antropométricos. *Revista Contexto & Saúde*, 18(35), 27–33. Retrieved from <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.27-33>
- Linkeviciute-Ulinskiene, D., Kaceniene, A., & Smailyte, G. (2020). *Mortality risk in people with type 2 diabetes mellitus in Lithuania.* *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 6870. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph17186870>

- Lloyd, C., E., Wilson, A., & Holt, R. I. G. (2018). Language matters: a UK perspective. *Diabet Med*, 35(12), 1635-1641. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/dme.13801>
- Lunes, D. H., Rocha, C., & Borges, N. (2014). Self-Care Associated with Home Exercises in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *PLoS ONE*. 9(12), 1–13. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114151>
- Lutfiyya, M., N., Tomai, M., S., L., & Frogner, B. (2017). Does primary care diabetes management provided to Medicare patients differ between primary care physicians and nurse practitioners? *Journal of advanced Nursing*, 73(1), 240-252. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13108>
- Madureira Dias, A., Cunha, M., Marques Dos Santos, A., Gandra Neves, A., Coimbra Pinto, A., Anjos Silva, A., & Armindo Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 40, 201–219. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228>
- Marques, M. B., Coutinho, J. F. V. & Martins, M. C. (2019). Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53, 1–8. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gS7Q8rTDjhL3CLsKPCQHnTj/>
- Martinez, M., Sánchez, E., Aldasoro, A., Herrera, C., Concepción, E., Amores, R., Moreno, M.A., Millan, C....Romero, L. (2016). Plan Integral de Diabetes da Andalúcia – Atualización 2016. Retrieved from <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/pidma.html>
- Martos-Cabrera, M. B., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas-González, G. (2021). Nursing-intense health education intervention for persons with type 2 diabetes: A quasi-experimental study. *Healthcare (Switzerland)*, 9(7), 1–9. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/healthcare9070832>
- Massami, A., Vito, C., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G...Damiani, G. (2017). As intervenções de apoio à autogestão lideradas por enfermeiros baseadas na comunidade são eficazes em pacientes crónicos? Resultados de uma revisão sistemática e metanálise. *PloS One*, 12(3), e0173617. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173617>
- McAllister, D., A., Read, S., H., Kerssens, J., Livingstone, S., McGurnaghan, S., Jhund, P., & Wild, S., H. (2018) Incidence of hospitalization for heart failure and case-fatality among 3.25 million people with and without diabetes Mellitus. *Circulation*, 138(24), 2774-2786. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.034986>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory, 23(1), 12-28. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, R., & Santiago, L. M. (2022). Empatia e empoderamento na diabetes mellitus tipo 2. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*. 38(5), 461–72. Retrieved from <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13381>
- Mombaquer dos Santos, W., Regina Secoli, S., & Alves de Araújo Püschel, V. (2018). A abordagem do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3X4PW3B8fzcrpH6YvgZhCJH/?lang=pt>
- Moura, N. D. S., Lopes, B. B., & Teixeira, J. J. D. (2019). Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 700–706. Retrieved from <http://www.scielo.br/j/reben/a/66msT3Tsw8Kw5Yd7cTJFYxb/?lang=pt>
- Nathan, D. M. (2015). Diabetes: Advances in Diagnosis and Treatment. *American Medical Association*, 10. Retrieved from <https://doi.org/10.1001/jama.2015.9536>
- Neville, R. F., Kayssi, A., & Buescher, T. (2016). The Diabetic Foot. *Current Problems in Surgery*, 53(9), 408-437. Retrieved from <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2016.07.003>
- Ni, Y., Liu, S., & Li, J. (2019). *The Effects of Nurse-Led Multidisciplinary Team Management on Glycosylated Hemoglobin, Quality of Life, Hospitalization, and Help-Seeking Behavior of People with Diabetes Mellitus*. *Journal of Diabetes Research*. Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2019/9325146>
- Oliveira, P., Figueiredo, M., Apóstolo, J., & Leite, C. (2020). Práticas educativas em enfermagem de Saúde Familiar: contributo para o desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1), 427–431. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/31676>
- OMS. (2002). Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação: relatório mundial/Organização Mundial de Saúde - Brasília. World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf

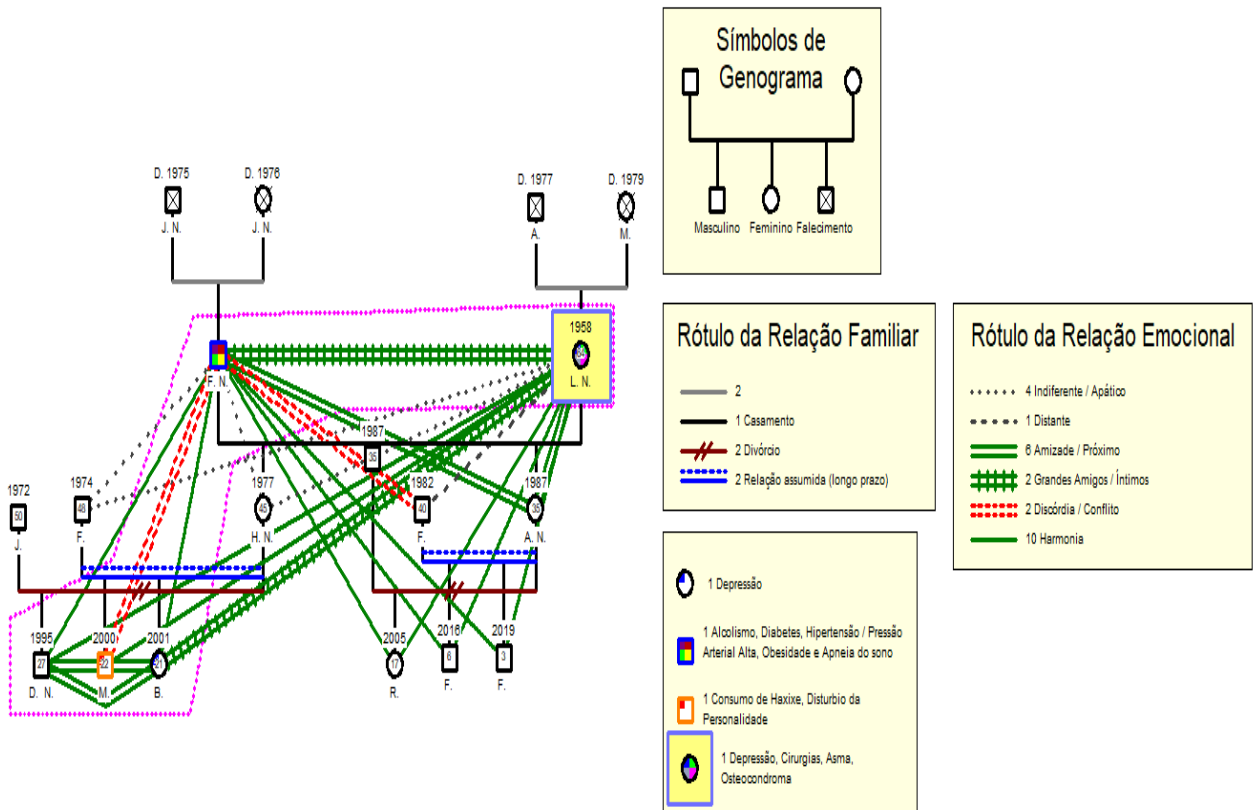
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015, de 29 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República. II série, 124. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/67626882>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária, 1–10. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 392/2018 - Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. Diário Da República. II série, 17994. Retrieved from <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/regulamento-n-o-3922018-ordem-dos-enfermeiros-regulamento-de-inscricao-atribuicao-de-titulos-e-emissao-de-cedula-profissional/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República. II série, 135. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/115698536>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República. II série, No 26, 4744-4750. Retrieved from <https://www.ordemenfrmeiros.pt>
- Ouyang, C. O., Dwyer T, J., & Jacques, P. F. (2015). Determinants of dietary self-care behaviours among Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Asia Pac J Clin Nutr*, 24(3), 430–437. Retrieved from <https://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/24/3/430.pdf>
- Papadopoulou-Marketou, N., Chrousos, G. P., & Kanaka-Gantenbein, C. (2017). Nefropatia diabética na diabetes tipo 1: uma revisão da história natural precoce, patogénese e diagnóstico. *Diabetes/Metabolismo Research and Reviews*, 33(2), 10.1002/dmrr.2841. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/dmrr.2841>
- Paula, D., Montina, C., & Ribeiro, J. C. (2018). *Scientific Eletronic Library Online*, 19, 404-419. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/>
- Pérez Rivas, F. J., Santamaría García, J. M., Minguet Arenas, C., Beamud Lagos, M., & García López, M. (2012). Implementação e avaliação do processo de enfermagem na atenção primária à saúde. *Revista internacional do conhecimento de enfermagem*, 23(1), 18–28. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22613751/>
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de Economia*, 60–66. Retrieved from <https://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F>
- Plan Integral de Diabetes de Andalucía, 2016. Retrieved janeiro 31, 2023 from: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/pidma3.pdf>.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2016-2020 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2016). Versão Resumo.1, 1-100. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2021-2030 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2021). Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, 1–268. Retrived from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>
- Pop-Busui, R., Boulton, A. J. M., Feldman, E. L., Bril, V., Freeman, R., Malik, R. A.,... & Ziegler, D. (2017). Diabetic Neuropathy: A Position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 40(1), 136–154. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/dc16-2042>
- Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., Hooks, B., Isaacs, D... Mandel, E. D., (2020). Diabetes Self-management Education and Support in Adults with Type 2 Diabetes: A Consensus Report of the American Diabetes Association, the Association of Diabetes Care & Education Specialists, the Academy of Nutrition and Dietetics, the American Academy of Family Physicians, the American Academy of PAs, the American Association of Nurse Practitioners, and the American Pharmacists Association. *Diabetes Care*, 43(7), 1636–1649. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/dci20-0023>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Almeida Filho, A. J. D. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164. Retrieved from https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=712&codigo=
- Rachmawati, U., Sahar, J., & Wati, D. N. K. (2019). The association of diabetes literacy with self-management among older people with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18(Suppl 1), 1–8. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31427896/>
- Raposo, J. F. (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15(1), 19–27. Retrieved from <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2020/05/RPD-Março-2020-Revista-Nacional-págs-19-27.pdf>
- Rasoul, A. M., Jalali, R. & Abdi, A. (2019). The effect of self-management education through weblogs on the quality

- of life of diabetic patients. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19, 205. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31665001/>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. 1º Ed. Porto: Afrontamento.
- Saeed, H., Saleem, Z., Naeem, R., & Shahzadi, I. (2018). Impact of health literacy on diabetes outcomes: a cross-sectional study from Lahore, Pakistan. *Public Health*, 156(January), 8–14. Retrieved from <https://daneshyari.com/article/preview/7525713.pdf>
- Serrabulho, L. (2016). A Educação Terapêutica na Diabetes. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal apdp. Retrieved from <https://apdp.pt/wp-content/uploads/2022/11/Educacao-Terapeutica-na-Diabetes-2016.pdf>
- Shona, K., Mubarak, I. (2015). *Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes*. *Annual Review of Public Health*, 36, 441–462. Retrieved from <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921>
- Silva, J. P., Crepaldia, M. A., & Boustfield, A. B. (2021). Representações Sociais e Doenças Crônicas no Contexto Familiar: Revisão Integrativa Social Representations and Chronic Diseases in the Family Context: Integrative Literature review. *Revista Psicologia e Saúde*, 125–140. Retrieved from https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000200010
- Sistema Nacional de Saúde. (2022). Mimuf. Acedido a junho 13, 2022. Retrieved from <https://siarsmuf02.arslvt.min-saude.pt/microstrategy/asp/Main.aspx>
- Sistema Nacional de Saúde. (2022). USF Tornada. Acedido a maio 26, 2022. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30001/2100691/Pages/default.aspx>
- Skyler, J. S., Bakris, G. L., Bonifacio, E., Darsow, T., Eckel, R. H., Groop, L., & Ratner, R. E. (2017). Differentiation of diabetes by pathophysiology, natural history, and prognosis. *Diabetes*, 66(2), 241–255. Retrieved from <https://doi.org/10.2337/db16-0806>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2018). Educação Terapêutica na Diabetes – Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes. 25. Retrieved from https://spd/images/booklet_educacao_terapeutica.pdf
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2019). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2016, 2017 e 2018. In *Observatório da diabetes*. Retrieved from https://www.spd.pt/images/uploads/20210304-200808/DF&N-2019_Final.pdf
- Souza, P., Cucola, D., & Perroca, M. G. (2019). Carga de trabalho de enfermagem: influência das intervenções de cuidados indiretos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 1–7. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TVHyPdkTZCxmQpp5HBdDHwD/?format=pdf&lang=pt>
- Souza, Y. R. S., Silva, J. A., & Silva, I. T. S. (2021). A influência da família na autonomia e participação do cuidado do sujeito diagnosticado com Diabetes mellitus. *Research, Society and Development*, 10(4). Retrieved from <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14113/13017/189725>
- Souza-Muñoz, R., & Sá, A. (2020). Apoio social, funcionalidade familiar e controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Medicina*, 99(5), 432–441. Retrieved from <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p432-441>
- Steffen, L.S.P., Mendonça, S. C., & Meyer, E. (2021). Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT. *American Journal of Preventive Medicine*. 60(5), e203–e212. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33637368/>
- Tomey, A.M., Alligood, M.R.(2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed. Lusodidacta.
- Tseng, H. M., Liao, S. F., Wen, Y. P., & Chuang, Y. J. (2017). O conceito de estágios de mudança do modelo transteórico para alimentação saudável vincula a alfabetização em saúde e o conhecimento sobre diabetes ao controlo glicémico em pessoas com diabetes tipo 2. *Prim Care Diabetes*, 11, 29-36. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2016.08.005>
- USFT, (2021). *Regulamento Interno*. Consultado em junho 13, 2021.
- Vas, A., Devi, E., S., Vidyasagar, S., Achaya, R., Rau, N., MPil, A., G...Nayak, B. (2017) Eficácia dos programas de autogerenciamento no controlo do diabetes: uma revisão sistemática. *Prática de Enfermagem Int J*, 23(5). Retrieved from <https://doi:10.1111/ijn.12571>
- Watts, S. A., Sood, A. (2016). Diabetes nurse case management: Improving glucose control: 10 years of quality improvement follow-up data. *Applied Nursing Research*, 29, 202–205. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26856514/>

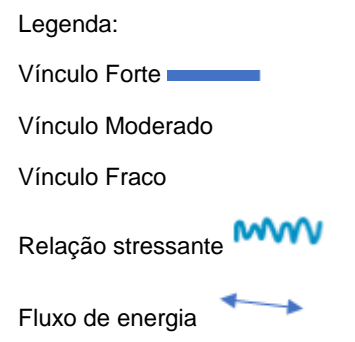
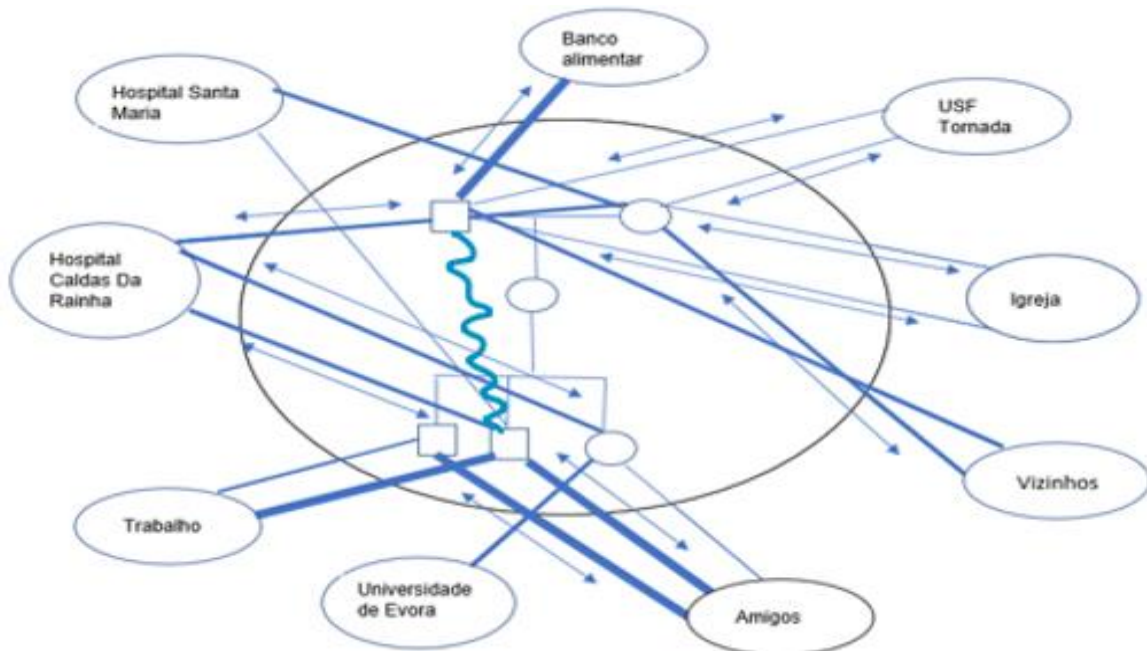
- Whitehead, L. C., Crowe, M. T., & Carter, J. D. (2017). Uma educação liderada por enfermeiros e intervenção baseada em terapia cognitivo-comportamental entre adultos com diabetes tipo 2 não controlada: um ensaio clínico randomizado e controlado. *Revista de avaliação na prática clínica*, 23(4), 821–829. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jep.12725>
- Wong, T. Y., Cheung, C. M. G, & Larsen, M., (2016). Diabetic retinopathy. *Nat Rev Dis Primers*, 2, 16012. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.12>.
- Wright, L., e Leahey, M. (2011). *ENFERMEIRAS e FAMÍLIAS - Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 5ª Ed. São Paulo: Roca.
- Wright, L., e Leahey, M. (2012). *ENFERMEIRAS E FAMÍLIAS - Guia Para Avaliação e Intervenção na Família*. 5ª Ed. São Paulo: Roca.
- Yu, X., Chau, J. P. C., & Huo, L. (2022). The effects of a nurse-led integrative medicine-based structured education program on self-management behaviors among individuals with newly diagnosed type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 21(1), 1–17. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00970-7>
- Zhu, T. H., Mooi, C. S., & Shamsuddin. (2019). Diabetes empowerment scores among type 2 diabetes mellitus patients and its correlated factors: A cross-sectional study in a primary care setting in Malaysia. *World Journal of Diabetes*, 10(7), 403–413. Retrieved from <https://doi.org/10.4239/wjd.v10.i7.403>

APÊNDICES

APÊNDICE I: GENOGRAMA



APÊNDICE II: ECOMAPA



APÊNCICE III: ESCALA DE GRAFAR

Habituação: Graffar, C.Duval, Tipo de Família, Risco Familiar Garcia-Gonzalez, Risco Familiar Segovia Dreyer

Data de registo: 18-07-2022

Tipo de alojamento	Regime de ocupação	Estado geral de conservação	Casa de banho	Higiene	Água	Distribuição
Alojamento móvel	Arrendada	Bom	Desconhecida	Boa	Desconhecido	Desconhecido
Apartamento	Cedida	Desconhecido	Fora do alojamento	Desconhecida	Não	Fontenário a - de 100m de casa
Barraca/casebre	Desconhecido	Mau	Inexistente	Má	Sim	Fontenário a + de 100m de casa
Desconhecido	Outro	Razoável	No alojamento	Razoável		Fora do alojamento
Hotel/pensão	Própria					
Instituição						
Moradia	Tipologia	Conforto	Aquecimento	Electricidade	Origem	Distribuição
Outro	Desconhecido	Bom	Central	Desconhecido	Desconhecida	No alojamento
Quarto/parte de casa	Não aplicável	Desconhecido	Desconhecido	Não	Particular	
Sem alojamento	T0	Mau	Local	Sim	Rede pública	
	T1	Razoável	Nenhum			
	T2					
	T3 ou mais	Mobiliário e equipamento básico				
		Desconhecido				
		Insuficiente				
		Suficiente				
Salubridade da zona residencial				Barreiras arquitectónicas	No interior	
Desconhecida				Desconhecido		
Insalubre				Não	No exterior	
Salubre				Sim		

Profissão	Instrução	Fonte principal de rendimento	Tipo de habitação	Local de residência
Grandes industriais e comerciantes. Gestores de topo de grandes empresas/	Doutoramento, Mestrado ou Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante
Médios industriais, comerciantes e agricultores. Dirigentes intermédios	Bacharelato ou Curso Superior	Altos vencimentos ou honorários.	Espaçosa e confortável	Bom local
Pequenos industriais e comerciantes. Encarregados e operários qualificados.	Ensino Secundário	Vencimentos certos.	Bem conservada e com cozinha e W.C. Electromésticos essenciais.	Zona antiga
Pequenos agricultores. Operários semi-qualificados escriturários.	Escolaridade obrigatória segundo a idade.	Remunerações incertas.	Com cozinha e W.C mas degradada e/ou sem electromésticos essenciais.	Bairro operário/social
Mão de obra indiferenciada.	Não escolaridade obrigatória segundo a idade.	Assistência	Imprópria	Bairro de lata

Classe Social
MÉDIA

APÊNDICE IV: APGAR FAMILIAR

A	Estou satisfeito (a) com ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	<u>Quase sempre</u> <u>Algumas vezes</u> Nunca	<u>2</u> <u>1</u> 0
B	Estou satisfeito (a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	<u>Quase sempre</u> <u>Algumas vezes</u> Nunca	2 <u>1</u> 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	<u>Quase sempre</u> <u>Algumas vezes</u> Nunca	2 <u>1</u> 0
D	Estou satisfeito (a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	<u>Quase sempre</u> <u>Algumas vezes</u> Nunca	2 <u>1</u> 0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	<u>Quase sempre</u> <u>Algumas vezes</u> Nunca	2 <u>1</u> 0
Pontuação total:			<u>6</u>
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional			
<u>Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção</u>			
Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

APÊNDICE V: PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

(continua)

Diagnósticos de enfermagem	Caraterização do Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Data: 04/07/2022			Data: 05/12/2022
Potencial para melhorar conhecimento acerca de hábitos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> - FN não tem hábito de praticar atividade física; - FN não tem alimentação saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir acerca dos benefícios de uma alimentação variada e equilibrada; - Capacitar para a adoção de um comportamento alimentar saudável; - Incentivar a prática de exercício físico (realçando os benefícios quer a nível físico como psicológico). 	<ul style="list-style-type: none"> - FN iniciou uma dieta saudável e fracionada; - FN faz caminhadas 3 vezes por semana.
Diagnósticos de enfermagem	Caraterização do Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Data: 04/07/2022			Data: 05/12/2022
Potencial para melhorar o conhecimento sobre a diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - JN não adequa dieta; - JN desconhece sinais de hipoglicémia e como atuar nesta situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre a diabetes; - Ensinar sobre as complicações da diabetes; - Ensinar sobre sinais de hipo/hiperglicemia; - Instruir sobre estratégias adaptativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - JN demonstra alguns conhecimentos sobre diabetes, aplicando-os a dieta que ingere; - JN refere usar algumas estratégias para evitar hipoglicemias/hiperglicemias nomeadamente alimentação fracionada.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

(continuação)

Diagnósticos de enfermagem	Caraterização do Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Data: 04/07/2022			Data: 05/12/2022
Comunicação familiar não eficaz (JN e LN)	<ul style="list-style-type: none"> - LN tem dificuldade em manter uma linha de raciocínio quando comunica; - JN exprime-se de uma forma muito impulsiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a comunicação expressiva das emoções com FN; - Otimizar a comunicação verbal e não-verbal na família. 	<ul style="list-style-type: none"> - LN foi a uma consulta de neurologia, está a tomar medicação e refere sentir uma pequena melhoria a nível da memória o que facilita manter um fio condutor quando comunica; - JN tenta manter-se mais calmo ao exprimir as emoções, tenta ser mais carinhoso para a esposa e netos.
Diagnósticos de enfermagem	Caraterização do Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Data: 04/07/2022			Data: 05/12/2022
Humor depressivo	<ul style="list-style-type: none"> - LN tem sentimento de tristeza, choro fácil; - LN tem dificuldade em concentrar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar alterações da memória; - Ensinar técnicas para o treino da memória; - Referenciar para serviço médico. 	<ul style="list-style-type: none"> - LN foi ao neurologista e refere melhorias a nível da memória. Estando medicada; - LN faz diariamente “sopas de letras” para estimular a memória.

(conclusão)

ANEXOS

ANEXO I: PESQUISA NA BASE DE DADOS MEDLINE

S4	MH Health Education	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,050
S3	TX nurses roles OR TI nursing family	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	563
S2	TX nurses roles	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	563
S1	MH Diabetes Mellitus, Type 2	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,511



Thursday, November 10, 2022 8:57:42 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S6	MH Diabetes Mellitus, Type 2 AND TX nurses roles OR TI nursing family AND MH Health Education AND TI HbA1c OR MH glycemic control	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	233
S5	TI HbA1c OR MH glycemic control	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MEDLINE Complete	380

ANEXO II: PESQUISA NA BASE DE DADOS MEDICLATINA

		publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	
S4	TX health education	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	723
S3	TX health education OR TI nursing family	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	723
S2	TX nurses roles OR TI nursing family	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	52
S1	Diabetes Mellitus, Type 2	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	113



Thursday, November 10, 2022 9:33:38 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S7	TX Diabetes Mellitus, Type 2 AND TX nurses roles OR TX nursing family AND TI Health Education AND TX HbA1c OR TI glyceimic control	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	22
S6	TX Diabetes Mellitus, Type 2 AND TX nurses roles OR TX nursing family AND TI Health Education AND TX HbA1c OR TX glyceimic control	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	317
S5	TI HbA1c OR TX glyceimic control	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20170101-20221031; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - MedicLatina	319

ANEXO III: PESQUISA NA BASE DE DADOS CINAHL

S4	TI HbA1c OR MH glyceimic control	Limitadores - Texto completo; Resumo disponível; Data de publicação: 20170101-20221031; Língua inglesa; Humano; Faixas etárias: All Adult; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	138
S3	MH health education	Limitadores - Texto completo; Resumo disponível; Data de publicação: 20170101-20221031; Língua inglesa; Humano; Faixas etárias: All Adult; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	439
S2	TX nurses roles OR TI nursing family	Limitadores - Texto completo; Resumo disponível; Data de publicação: 20170101-20221031; Língua inglesa; Humano; Faixas etárias: All Adult; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	424
S1	MH Diabetes Mellitus, Type 2	Limitadores - Texto completo; Resumo disponível; Data de publicação: 20170101-20221031; Língua inglesa; Humano; Faixas etárias: All Adult; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	528

MEU



Thursday, November 10, 2022 9:26:29 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S5	MH Diabetes Mellitus, Type 2 AND TX nurses roles OR TI nursing family AND MH health education AND TI HbA1c OR MH glyceimic control	Limitadores - Texto completo; Resumo disponível; Data de publicação: 20170101-20221031; Língua inglesa; Humano; Faixas etárias: All Adult; Texto completo em PDF Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de busca - Busca avançada Base de dados - CINAHL Complete	137

ANEXO IV: PESQUISA NA BASE DE DADOS PUBMED

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#8	...	▼	<p>Search: ((((((diabetes mellitus, type 2) AND (diabetes mellitus, type 2)) AND (nursing care)) AND nurses roles AND (health education)) OR (COMMUNITY)) AND (blood HbA1c protein, human) Filters: Free full text, Full text, in the last 5 years</p> <p>(((("diabetes mellitus, type 2"[MeSH Terms] OR "type 2 diabetes mellitus"[All Fields] OR "diabetes mellitus type 2"[All Fields]) AND ("diabetes mellitus, type 2"[MeSH Terms] OR "type 2 diabetes mellitus"[All Fields] OR "diabetes mellitus type 2"[All Fields]) AND ("nursing"[MeSH Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields])) AND ("nurse s role"[MeSH Terms] OR ("nurse s"[All Fields] AND "role"[All Fields]) OR "nurse s role"[All Fields] OR ("nurses"[All Fields] AND "roles"[All Fields]) OR "nurses roles"[All Fields]) AND ("health education"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "education"[All Fields]) OR "health education"[All Fields])) OR ("communal"[All Fields] OR "communalism"[All Fields] OR "communalities"[All Fields] OR "communality"[All Fields] OR "communally"[All Fields] OR "commune"[All Fields] OR "communes"[All Fields] OR "community s"[All Fields] OR "communitys"[All Fields] OR "residence characteristics"[MeSH Terms] OR ("residence"[All Fields] AND "characteristics"[All Fields]) OR "residence characteristics"[All Fields] OR "communities"[All Fields] OR</p>	141	09:25:38

ANEXO V: COMPROVATIVO DE AUTORIZAÇÃO DA USF TORNADA PARA DIVULGAÇÃO DE DADOS

De: Carole Espirito Santo | USF Global <carole.santo@arslvt.min-saude.pt>
Enviado: 28 de fevereiro de 2023 21:49
Para: Tania Maria Pires Silva | USF Tornada <tania.silva@arslvt.min-saude.pt>
Cc: Mónica Cristina Silva Duarte | USF Tornada <monica.c.duarte@arslvt.min-saude.pt>
Assunto: Pedido de autorização para publicação de informações sobre a USF Tornada

Exma. Sra. Coordenadora da USF Tornada,

Carole Espírito Santo, estudante do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde de Leiria e que realizou estágio clínico nesta USF entre maio de 2022 e janeiro de 2023, vem por este meio solicitar a vossa excelência autorização para a utilização e publicação de informações relativas à USF Tornada obtidas a partir de diferentes fontes (BI-CSP, MIM@UF e SClínico) na sua dissertação para obtenção do grau de mestre. Mais informo que a privacidade dos utentes e a confidencialidade de informação clínica destes se encontra assegurada.

Com os melhores cumprimentos,

Carole Santo

RE: Pedido de autorização para publicação de informações sobre a USF Tornada

Tania Maria Pires Silva | USF Tornada <tania.silva@arslvt.min-saude.pt>
sex, 03/03/2023 18:15
Para: Carole Espirito Santo | USF Global <carole.santo@arslvt.min-saude.pt>
Cc: USF Tornada - Coordenação | ACES Oeste Norte <C2100691@arslvt.min-saude.pt>; Mónica Cristina Silva Duarte | USF Tornada <monica.c.duarte@arslvt.min-saude.pt>
Exma. Sra.
Enfermeira Carole Espirito Santo

O pedido formalizado no mail infra, encontra-se autorizado, em função da subscrição da Declaração de Compromisso anexa ao Guia de Acolhimento que lhe foi fornecido, e assinada por V. Ex.ª aquando da integração na USF de Tornada para o referido estágio.

Com os melhores cumprimentos,

Tânia Pires Silva
USF de Tornada



Unidade de Saúde Familiar de Tornada
Estrada Nacional 8, nº 27, r/c dto | 2500-315 Tornada (Caldas da Rainha)
T: 262 836 005 | F: 262 836 082 | W: www.usftornada.pt