

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**Gestão da Diabetes *Mellitus* tipo 2 pelas Famílias numa Unidade
de Cuidados de Saúde Personalizados, na região do Baixo Tâmega**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Margarida Isabel da Silva Pinheiro

Orientadores

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires



Vila Real, 2019

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Bragança

Escola Superior de Saúde

Universidade de Aveiro

Escola Superior de Saúde

Gestão da Diabetes *Mellitus* tipo 2 pelas Famílias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, na região do Baixo Tâmega

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Margarida Isabel da Silva Pinheiro

Orientadores

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires

Composição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Arguente: Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões

Vogal: Professor Doutor Francisco Firmino dos Reis

Vogal: Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho

Vila Real, 2019

Este relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional como parte integrante para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

(Diário da República, n.º 88/2014, Série II de 8 de maio)

“A principal meta da educação é criar homens que sejam capazes de fazer coisas novas, não simplesmente repetir o que outras gerações já fizeram. Homens que sejam criadores, inventores, descobridores. A segunda meta da educação é formar mentes que estejam em condições de criticar, verificar e não aceitar tudo que a elas se propõe”.

Jean Piaget

À minha Mãe, pelas muitas alegrias partilhadas em família.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho, pelo rigor e seriedade que impõe ao trabalho, pela experiência e conhecimento, pela sua sabedoria e postura académica. Grata por todo o tempo que me dispensou.

Quero prestar também o meu agradecimento à Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires, pelo apoio e disponibilidade dos seus serviços como coorientadora na elaboração e concretização do relatório.

À Enfermeira Alexandra Maia, pela forma como me acolheu e integrou no serviço, bem como pelo incentivo e pela riqueza dos conhecimentos práticos que me transmitiu.

Aos familiares, que acederam participar neste estudo, pela disponibilidade, sem os quais este trabalho não seria possível.

Ao meu primo Jorge, pelo apoio e amizade.

Ao Rui, pelo apoio e ajuda que me presenteou durante este percurso. Mas principalmente, pela amizade.

À minha família, por todo o apoio que me deu ao longo desta caminhada, por se ter esforçado para que conseguisse suportar toda a pressão e dificuldade inerente a este percurso.

Por fim, e porque a ela devo tudo, à minha mãe, que durante a sua vida foi o meu porto de abrigo, pelo incentivo, apoio, amor e carinho que sempre me devotou.

Muito obrigada a todos.

Resumo

Enquadramento – Este relatório resultou de um Estágio realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (USCP), inserido no Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Durante este percurso desenvolvemos um estudo empírico que se centrou na gestão da doença pelas famílias dos utentes portadores de DM2 e procuramos relacionar as competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar com as competências desenvolvidas.

Objetivos – Refletir criticamente sobre as experiências vividas, dificuldades sentidas e competências desenvolvidas; Relacionar as atividades realizadas com o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar; Apresentar os resultados do estudo, discussão e conclusões; Sugerir intervenções dirigidas às famílias participantes; Fornecer um instrumento de avaliação respeitante ao estágio realizado.

Método – Estudo descritivo, exploratório, transversal e de abordagem mista. A população incidiu nas famílias de pessoas portadoras de DM2, pertencentes a uma UCSP da Região do Baixo Tâmega, sendo a amostra constituída por 8 dessas famílias. O instrumento de recolha de dados foi um formulário, construído *ad hoc*.

Resultados – A maioria dos participantes pertencia ao sexo masculino (62,5%), no grupo etário com menos de 64 anos (62,5%) com o 1.º ciclo do Ensino Básico (75%). Os participantes expressaram um conjunto de conceções diversificado, sendo que metade dos familiares (50%) não se sentia capaz de gerir a doença, apesar de serem uma parte ativa do processo. Em termos de dificuldades demonstradas pelos participantes no processo de apoio/gestão da DM2, sobressaíram a adoção da dieta e a vigilância da glicemia capilar.

Conclusões – Os participantes do estudo não demonstraram possuir um conceito adequado da doença, embora estivessem conscientes da sua gravidade. De salientar que todas as dificuldades evidenciadas podem ser trabalhadas pelo Enfermeiro de Família, num processo de educação terapêutica junto dos utentes e suas famílias para conseguir tornar os seus membros mais autónomos. O estágio permitiu-nos desenvolver as competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente, cuidar da família como uma unidade de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida da mesma.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* tipo 2; Adesão terapêutica na Diabetes, Família; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Background - This report was the result of an Internship in a Personalized Health Care Unit (PHCU), included in the Master's Degree Program in Family Health Nursing. During this course we developed an empirical study that focused on the management of the disease by the families of users with DM2 and sought to relate the specific competences of the nurse specialist in family health nursing with the skills developed.

Objectives - Reflect critically on the lived experiences, experienced difficulties and developed competences; To relate the activities carried out with the development of specific competencies of the Specialist Nursing Practitioner in Family Health Nursing; Present study results, discussion and conclusions; Suggest interventions addressed to the participating families; Provide an evaluation instrument regarding the stage completed.

Method – Descriptive, exploratory, transversal and mixed approach study. The population was the families of persons with DM2, belonging to a (PHCU) of the Lower Tâmega Region, and the sample consisted of 8 of these families. The data collection instrument was a form, built ad hoc.

Results – The majority of the participants were male (62.5%), in the age group under 64 (62.5%) with the 1st cycle of Basic Education (75%). Participants expressed a diverse set of concepts, with half of the family members (50%) not feeling capable of managing the disease, although they were an active part of the process. In terms of difficulties demonstrated by the participants in the DM2 support / management process, the adoption of diet and monitoring of capillary glycemia were the most important.

Conclusions: Study participants did not demonstrate an adequate concept of the disease, although they were aware of its seriousness. It should be noted that all the difficulties highlighted can be worked by the Family Nurse in a process of therapeutic education for the users and their families to be able to make their members more autonomous. The internship allowed us to develop the specific competences in the area of Family Health Nursing, namely to take care of the family as a care unit in the different stages of the life cycle.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus; Therapeutic adhesion in Diabetes, Family; Nursing care.

Índice

Agradecimentos	ix
Resumo	xi
Abstract	xiii
Índice de Figuras.....	xvii
Índice de Tabelas	xix
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xxi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	5
1.1. Contextualização	7
1.2. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências	8
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	21
2.1. Contextualização do estudo	23
2.2. Enquadramento Teórico: Diabetes <i>Mellitus</i> tipo2	24
2.2.1. Epidemiologia.....	25
2.2.2. Complicações	27
2.2.3. Tratamento	28
2.2.4. Participação da família no processo de gestão da Diabetes <i>Mellitus</i>	31
2.2.5. O papel do enfermeiro de família	36
2.3. Metodologia.....	45
2.3.1. Tipo de estudo	45
2.3.2. População e amostra	47
2.3.3. Objetivos e questões de investigação.....	48
2.3.4. Variáveis em estudo.....	49
2.3.5. Instrumento de recolha de dados	50
2.3.6. Questões éticas e procedimentos de recolha de dados	51
2.3.7. Tratamento e análise de dados.....	52
2.4. Apresentação dos resultados	53
2.4.1. Caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DM2	53
2.4.2. Conhecimentos da pessoa portadora de DM2 sobre a doença	54
2.4.3. Gestão da doença pela família	57
2.5. Discussão dos resultados	59
2.5.1. Quanto à caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DM2 das famílias em estudo.....	60

2.5.2. Quanto ao conhecimento da pessoa portadora de DM sobre a doença	60
2.5.3. Quanto à gestão da doença pela família	62
2.6. Conclusões	63
SÍNTESE CONCLUSIVA	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
APÊNDICES	75
APÊNDICE A - Pedido de Parecer à Comissão de Ética da ARSN	77
APÊNDICE B - Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACeS do Baixo Tâmega	83
APÊNDICE C - Pedido de autorização ao Coordenador da UCSP.....	85
APÊNDICE D - Consentimento informado, livre e esclarecido	87
APÊNDICE E - Mini Mental State	89
APÊNDICE F - Formulário	91

Índice de Figuras

Figura 1. Projeção global da diabetes entre 2010 e 2030.....	25
Figura 2. Diagrama ramificado do MDAIF.....	40

Índice de Tabelas

Tabela 1. Operacionalização e categorização das variáveis de atributo.....	49
Tabela 2. Operacionalização e categorização das variáveis de investigação.....	50
Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DM2	54
Tabela 4. Conhecimentos da pessoa portadora de DM2 sobre a doença.....	56
Tabela 5. Forma como a DM2 interfere na rotina diária	57
Tabela 6. Grau de parentesco com o familiar portador de DM2 e anos de diagnóstico da doença.....	57
Tabela 7. Reação da família da pessoa portadora de DM2	58
Tabela 8. Dificuldades dos familiares na gestão terapêutica da DM2	59
Tabela 9. Motivo da dificuldade em prestar apoio.....	59

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros
cols. - colaboradores
CPS - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção-Geral da Saúde
DM - Diabetes *Mellitus*
DM2 - Diabetes *Mellitus* tipo 2
DVP - Doença Vascular Periférica
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
EpS - Educação Para a Saúde
ERS - ERS Reguladora da Saúde
et al. - e outros
HbA1c - Hemoglobina glicada
HTA - Hipertensão Arterial
IGP - Instituto Geográfico Português
INE - Instituto Nacional de Estatística
Km² - Quilómetro quadrado
LDL - *Low Density Lipoprotein*
MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
Mg/dl - Miligrama por decilitro
mmol/l - milimole por litro
n.º - número
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
p. - página
PNV - Plano Nacional de Vacinação
PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral
SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidades Funcionais

ULS - Unidade Local de Saúde

US - Unidade de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente relatório resultou de um estágio inserido no plano de estudos do 3º semestre, do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, do curso lecionado em consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança, a Universidade de Aveiro e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, no ano letivo de 2015/2016.

De acordo com o Decreto-Lei nº 115/2013, de 07 de agosto, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve integrar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (p.4752).

Assim, surge este relatório, que descreve as atividades efetuadas ao longo do estágio realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Marco de Canaveses, da Região do Baixo Tâmega, entre 14 de setembro de 2015 e 13 de fevereiro de 2016, que visaram dar resposta aos objetivos delineados para o mesmo. Pretende, ainda, apresentar um processo reflexivo acerca das competências comuns do Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. A área de intervenção deste estágio foi na gestão da doença pelas famílias dos utentes portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2).

A Diabetes *Mellitus* (DM) é, atualmente, considerada uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um problema de saúde pública, quer nos países desenvolvidos, quer em desenvolvimento (World Health Organization [WHO], 2015). A crescente incidência e prevalência são atribuídas ao envelhecimento populacional e aos avanços no tratamento da doença, mas, particularmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predis põem à acumulação de gordura corporal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

A DM é uma doença crónica que afeta elevada percentagem da população mundial e Portugal não é exceção. Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2016), em 2015, a prevalência estimada da DM na população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos), foi de 13,3%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem DM.

O impacto do envelhecimento da população portuguesa refletiu-se num aumento de 1,6 pontos percentuais da taxa de prevalência da DM entre 2009 e 2015, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%, com 56% de prevalência da DM diagnosticada e 44% sem diagnóstico definido. Segundo os dados do mesmo relatório, verificou-se igualmente a existência de um significativo aumento da prevalência da DM com a idade, ou seja, mais de 25% das pessoas na faixa etária dos 60-79 anos sofre de DM. Esta patologia ocorre quando se verifica uma produção insuficiente de insulina pelo pâncreas, e/ou quando a mesma, apesar de produzida em quantidade suficiente, não é utilizada eficazmente. O diagnóstico ocorre geralmente após os 40 anos de idade, sendo que associado a outros fatores de risco como, por exemplo, a obesidade, pode ocorrer mais cedo, principalmente em populações com elevada prevalência da patologia. São cada vez mais as pessoas que desenvolvem a DM2, que pode ser assintomática, ou seja, pode passar despercebida ao longo dos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes efetuado devido à manifestação de complicações ou, acidentalmente, através de um resultado anormal dos valores de glicose no sangue (DGS, 2017).

Apesar de um maior investimento nesta área a nível do diagnóstico, da terapêutica e da prevenção das complicações, a DM2 continua a ser um problema que permanece no nosso quotidiano. A população continua a apresentar, a médio ou longo prazo, as mais variadas complicações que se podem encontrar nesta doença. Esta associação não é de estranhar, uma vez que a existência de determinantes e de fatores de riscos associados ao aparecimento da DM2 estão intimamente ligados aos estilos de vida e aos comportamentos com impacto na saúde (DGS, 2007).

O aumento na prevalência da DM2 constitui um desafio à sociedade e ao sistema de saúde, ao qual urge dar resposta, tal como foi salientado na Resolução de 14 de março de 2012, do Parlamento Europeu. A acessibilidade das pessoas com DM aos cuidados de saúde primários (CSP) aumentou, a média da hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) por utente continua igualmente a aumentar, bem como o número de pessoas com complicações devido à doença (SPD, 2015).

Perante este facto, é importante investir na vigilância e na educação para a saúde (EpS) de forma a prevenir o aparecimento de complicações relacionadas com a DM e alterar estilos de vida da população, particularmente, da idosa. É, assim, premente e fundamental apostar-se na prevenção, deteção precoce e controlo das complicações da DM, o que passa inevitavelmente pela ação de enfermagem ao nível dos CSP.

O enfermeiro tem um papel primordial nos cuidados a prestar à pessoa com DM e sua família, pois tem a responsabilidade de detetar precocemente o problema e as necessidades da pessoa, favorecer a adaptação à doença e promover a consciencialização não só do problema, mas também das capacidades necessárias para a gestão terapêutica. Só assim será possível evitar o aparecimento de complicações e promover uma melhoria do estado de saúde da pessoa.

Deste modo, delineamos para este relatório os seguintes objetivos: i) Refletir criticamente sobre as experiências vividas ao longo do estágio, as dificuldades sentidas e as competências desenvolvidas; ii) Relacionar as atividades realizadas com o desenvolvimento de competências específicas, tendo em conta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF); iii) Apresentar os resultados do estudo realizado no decorrer do estágio, sua discussão e conclusões; iv) Sugerir intervenções dirigidas às famílias participantes; v) Fornecer um instrumento de avaliação respeitante ao estágio realizado.

A escolha da temática a estudar, na área da família do doente com DM2, mais concretamente na forma como esta participa no processo de gestão da patologia do seu familiar, ocorreu pelo profundo interesse na área, associada à elevada incidência da DM2 nos idosos, bem como pela importância das intervenções do enfermeiro em contexto comunitário na prevenção, diagnóstico e vigilância neste grupo de pessoas com a doença, bem como junto da sua família.

No sentido de desenvolver competências da Enfermagem de Saúde Familiar e constituindo a investigação um importante e valioso instrumento para a enfermagem, pela possibilidade de promover um aumento de conhecimentos que deverão ser traduzidos na melhoria dos cuidados e também um maior reconhecimento do seu valor enquanto ciência, desenvolvemos o tema da gestão da DM2 pelas famílias numa UCSP, na região do Baixo Tâmega.

Em termos estruturais, o trabalho inicia com a introdução, seguindo-se o capítulo I, onde procedemos à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências. O capítulo II é reservado para o estudo empírico, onde fazemos a contextualização do estudo, seguindo-se o enquadramento teórico, com referência à DM2, sua definição, epidemiologia, complicações e tratamento. Tem lugar também a alusão à participação da família no processo de gestão da DM e o papel do enfermeiro de família. Segue-se a metodologia, onde apresentamos o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados, o seu procedimento, o

tratamento, a análise e a apresentação e discussão dos resultados. Por último, são apresentadas as conclusões.

CAPÍTULO I

ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1.1. Contextualização

O estágio foi realizado numa UCSP do Baixo Tâmega, no período entre 14 de setembro de 2015 e 13 de fevereiro de 2016, sob a orientação do Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e da Enfermeira Alexandra Maia, Enfermeira Orientadora da UCSP do Baixo Tâmega.

De forma a podermos contextualizar a UCSP do Baixo Tâmega, começamos por fazer uma breve descrição da cidade de Marco de Canaveses, que pertence ao distrito do Porto, região do norte e sub-região do Tâmega, tendo cerca de 50.500 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013). É sede de um concelho (desde 1852), que engloba no seu perímetro a cidade de Marco de Canaveses e a Vila de Alpendorada (Instituto Geográfico Português [IGP], 2013).

O município tem 201,89 km² de área, estando subdividido em 16 freguesias. É limitado a norte pelo município de Amarante, a leste por Baião, a sul por Cinfães, a sudoeste por Castelo de Paiva e a Oeste por Penafiel. Nascida num relevo instável, a cidade tem a seus pés e como porta principal o rio Tâmega. É servida de bons acessos rodoviários, através da A4. Tem também ligações ferroviárias (IGP, 2013; INE, 2013; Decreto-Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro).

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Tâmega abrange uma população residente de 174.036 habitantes, representando cerca de 4,9% da população da região Norte em 2016 (3.577.902 habitantes). Entre os dois últimos censos (2001 e 2011), a população do ACeS diminuiu (-4,0%), contrariamente ao verificado para a região Norte e o Continente, cuja população cresceu, respetivamente, 0,1% e 1,8%. O índice de envelhecimento (135,8 em 2016) é inferior ao da região Norte (146,1) e ao do Continente (153,9). A esperança de vida à nascença (81,1 anos no triénio 2014- 2016) tem aumentado em ambos os sexos e é inferior à da região Norte (81,7 anos) e à do Continente (81,4). A taxa de natalidade (6,7 nados vivos por 1000 habitantes, em 2016) tem diminuído de forma mais acentuada do que na região Norte e no Continente, apresentando valores comparativamente inferiores (Perfil Local de Saúde 2017, ACeS Baixo Tâmega, 2017). Dá resposta a 18.000 utentes, abarcando oito freguesias.

A UCSP de Marco de Canaveses faz parte do ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega, é constituída por cinco médicos, seis enfermeiros e por quatro secretários clínicos, e destina-se a prestar cuidados de saúde aos utentes inscritos, visando aumentar a qualidade dos serviços que presta, fornecendo-lhe apoio e informação para que possa, em colaboração, cuidar e manter a saúde dos utentes.

Os médicos da UCSP têm horários específicos para atendimento dos utentes inscritos, distribuídos da seguinte forma: consulta de doença aguda que se efetua diariamente pelo médico de família, ou por outro que o substitua, sem necessidade de marcação prévia, para situações que não possam aguardar por uma consulta programada; consulta programada que se realiza diariamente, com dia e hora marcada de acordo com as características dos utentes da lista; consulta de vigilância e prevenção destinada às pessoas saudáveis que necessitam de consultas periódicas: saúde infantil e juvenil, saúde da mulher; consulta de doenças crónicas que se destina a doentes com problemas de saúde crónicos, tais como diabetes e hipertensão; sistema de inter substituição que se efetua diariamente dentro do horário de funcionamento da UCSP por um dos seus médicos, em situações de doença aguda e na impossibilidade de atendimento pelo médico de família do utente; consulta domiciliária realizada por iniciativa do médico ou do utente, em situações em que este não se possa deslocar à Unidade de Saúde (US); medicação crónica; cuidados de enfermagem, estando os enfermeiros da UCSP aptos a prestar cuidados, nomeadamente: consulta programada, com hora marcada: saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, grupos de risco (diabéticos e hipertensos), administração de medicamentos injetáveis e tratamentos de feridas, vacinação; e cuidados domiciliários, bem como, consulta aberta que se realiza diariamente pelo enfermeiro, ou por outro que o substitua, para situações que não possam aguardar por consulta programada.

1.2. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências

A realização deste estágio permitiu-nos adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de acordo com as competências específicas do EEESF.

Para este estágio foram delineados objetivos específicos que tiveram como referência as competências específicas do EEESF (Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro), incidindo igualmente no que foram as motivações pessoais.

Quando se fala de competências, por norma, emergem várias expressões, nomeadamente “integração”, “saber, saber fazer e saber ser”.

Segundo Le Boterf (2005), a competência não se constitui como um conjunto de resultados observáveis, sustentado num desempenho, todavia, o desempenho pode assumir-se como uma demonstração de uma competência.

A perceção das situações e o conhecimento de si próprio pressupõem que o profissional competente tenha um distanciamento necessário de modo a poder refletir sobre as suas práticas profissionais e, por conseguinte, poder melhorá-las. O processo de reflexividade não se restringe unicamente à mera reprodução de como agir ou dos recursos que utilizamos durante o estágio, mas também fazer uma reconstrução da realidade vivenciada, o que contribuirá para a construção do nosso profissionalismo, que se pretende que esteja fundamentado num modelo rigoroso, assente no que se entende por agir com competência, como defende Le Boterf (2005).

Transpondo este enquadramento teórico para a profissão de enfermagem, definida como sendo a profissão da área da saúde cuja finalidade passa por prestar cuidados de enfermagem ao ser humano e aos grupos sociais em que ele está integrado, são ou doente, ao longo do ciclo vital, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro), podemos evidenciar a importância das competências para a profissão, competências científicas, técnicas e humanas que só assim garantirão a qualidade dos cuidados prestados.

A profissão de enfermagem tem evoluído nas últimas décadas, pelo que, no sentido de responder aos vários desafios que o campo da saúde impõe, os enfermeiros têm desenvolvido cada vez mais conhecimentos, capacidades e competências pessoais que lhes possibilitem uma maior autonomia, responsabilidade, eficácia e segurança nas suas tomadas de decisão (Teixeira, 2015). Ainda em conformidade com o mesmo autor, ao desenvolverem o pensamento crítico e refletido no contexto da sua prática, os enfermeiros caminham em direção a uma melhoria contínua do seu exercício profissional com a finalidade de proporcionar aos doentes cuidados de qualidade.

Estes pressupostos, em combinação com a evolução da complexidade dos cuidados, em consonância com a complexidade das situações em que os enfermeiros prestam a sua ação

concreta, têm levado à crescente necessidade de áreas de especialização, marcada pela formação contínua e pela formação especializada. O enfermeiro especialista, legitimado e reconhecido como o mais qualificado para o desempenho da profissão numa determinada área, terá de ser, por excelência, o gerente da qualidade dos cuidados.

Deste modo, um enfermeiro especialista em enfermagem, por definição, consiste no profissional com “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, sendo as suas competências um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.2).

A definição referida anteriormente foi aprovada pela Assembleia Geral da OE a 29 de maio de 2010, sob proposta apresentada pelo Conselho Diretivo, sendo publicado em Diário da República, 2ª Série, nº 35, a 18 de fevereiro de 2011. Está definido que, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham quatro domínios de competências comuns, que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, as quais são demonstradas através da sua “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, bem como pelo “exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2010, p.3). Os quatro domínios ou competências comuns são aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde quer sejam primários, secundários ou terciários.

De acordo com o Regulamento n.º 126/2011, de 18 de fevereiro:

o enfermeiro especialista interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família. Na implementação dos planos de ação, o enfermeiro especialista negocia com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar. (p.8660)

Segundo a mesma entidade, as competências do enfermeiro especialista são um conjunto de competências clínicas especializadas decorrentes de um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Assim, este estágio foi uma experiência profissional que nos permitiu o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem de Saúde Familiar, possibilitando também a consolidação das competências comuns aos enfermeiros especialistas, de acordo com o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro.

De seguida, refletiremos de forma crítica sobre cada uma dessas competências, tendo em conta as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas

Competência A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Durante a nossa permanência, no contexto do estágio na UCSP, procuramos ter um exercício seguro, profissional e ético, suportando as nossas decisões, em princípios, valores e normas deontológicas. Procuramos avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão.

Neste sentido, solicitamos o Parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) (*Apêndice A*), sobre o presente estudo, bem com a autorização ao Coordenador do ACeS Baixo Tâmega (*Apêndice B*) e ao Coordenador da UCSP (*Apêndice C*), onde foi realizado o estudo e o estágio.

A confidencialidade foi garantida pela anonimização de todos os dados obtidos durante o estudo. Também, respeitamos a participação voluntária e que foi acompanhada do preenchimento de um consentimento informado (*Apêndice D*) por parte de todos os participantes.

Na aplicação do inquérito, respeitamos o código deontológico, tendo sido apenas recolhida informação para o âmbito da pesquisa.

Competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

No decorrer do estágio, respeitamos os direitos humanos e assumimos a responsabilidade pelos cuidados que prestamos. Tendo em conta este aspeto, gerimos as práticas de cuidados de forma a não comprometer a segurança, a privacidade e a dignidade do utente.

Antes de efetuarmos qualquer procedimento ao utente/família, estabelecemos uma comunicação acessível e efetiva, de forma a explicar todos os procedimentos pelos quais ia ser tratado, bem como os riscos e benefícios dos tratamentos.

Relativamente à aplicabilidade do inquérito, explicamos ao utente/família os objetivos do trabalho, a finalidade do mesmo e solicitamos aos mesmos a sua colaboração. Nenhum dos inquiridos recusou ou fez qualquer reparo às perguntas colocadas. Também tivemos atenção

na realização do formulário, de forma a não ir contra os valores, costumes, crenças ou práticas sociais.

Deste modo, garantimos sempre o sigilo, a segurança de informação e a privacidade dos inquiridos.

Competência B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Neste âmbito, procuramos melhorar a qualidade dos cuidados prestados, incorporando conhecimentos relacionados com a DM2 e com o envolvimento da família, com a constante preocupação de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Procurámos mobilizar os conhecimentos teóricos para a prática diária de enfermagem, bem como promover uma execução de todas as intervenções de enfermagem com a máxima precisão, eficiência e eficácia possíveis, num processo de envolvimento e promoção do bem-estar do utente que cuidamos.

Neste processo de otimização da prática de enfermagem foram também consultados os diversos protocolos da Instituição, de modo, a padronizar as técnicas e os procedimentos realizados, contribuindo assim, para melhorar a assistências aos utentes.

Competência B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

No sentido de promover uma melhoria da qualidade assistencial por parte da equipa de enfermagem ao utente com DM2, foi sugerida a realização de campanhas de sensibilização aos utentes/famílias sobre a doença e respetiva gestão terapêutica, uma vez que identificamos essa necessidade para o serviço. Ao longo do estágio, foi ainda efetuado um reforço à equipa de enfermagem, da importância destas campanhas como elementos facilitadores para o utente, neste processo de transição de saúde/doença.

Competência B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Ao longo do estágio, procuramos promover um ambiente físico e psicossocial, gerador de segurança e proteção dos indivíduos, gerindo o risco inerente à prática dos cuidados. Para isso, em cada contacto com os utentes, recorremos a todas as medidas de precaução

necessárias, através de um adequado uso de equipamentos de proteção individual. Para além da proteção individual, a prevenção de contaminação e transmissão de microrganismos constituía uma preocupação constante na prática diária.

Tivemos atenção durante a realização de procedimentos que envolviam a manipulação de material perfuro-cortantes, usando os recipientes específicos (contentores) para descarte desse material.

Na visita domiciliária, rejeitamos adequadamente os materiais não utilizados ou material contaminado, em recipientes próprios devidamente acondicionados.

A prestação de práticas seguras, de vacinação, também, constituiu um desafio significativo. No domicílio, usamos uma caixa térmica para o transporte, de forma a manter as vacinas a uma temperatura segura ao longo do seu percurso.

Competência C1 – Gere cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Nesta área de atuação demonstrámos capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, gerir os recursos materiais de forma adequada e gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores bem como a articulação na equipa multidisciplinar.

Como exemplo desta atuação, ao longo do estágio deparámo-nos com uma utente que possuía um quadro familiar instável associado a alterações psicossociais, com alguns episódios de tentativa de suicídio. Perante esta situação, foi discutida em equipa um processo assistencial adequado à utente, através de uma resposta multidisciplinar.

Competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No decorrer do estágio, em todas as atividades desenvolvidas, procuramos utilizar os recursos disponíveis de forma eficiente, tendo em conta a promoção da qualidade dos cuidados. Esta otimização dos recursos foi efetuada principalmente na execução dos tratamentos e visitas domiciliárias.

Em todos estes momentos de aprendizagem reconhecemos e compreendemos os diferentes papéis de todos os membros da equipa multidisciplinar, de forma a promover um ambiente

positivo e favorável a uma prática de atividades de qualidade. Neste sentido, tentamos que todos os elementos da equipa de enfermagem procurassem ter em conta uma perspetiva de família, enquanto sistema, que necessita de cuidados, para promovermos a saúde de cada um dos seus membros.

Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Na realização deste estágio, o processo de autoconhecimento e identificação de lacunas e características pessoais que pudessem interferir no processo de cuidar constituiu um importante passo. Permitiu-nos refletir sobre a necessidade de evoluir competências pessoais para a melhoria da relação profissional com o utente, bem como de forma a promover uma adequada gestão de situações de pressão e conflitos. Deste modo, durante o período de estágio não se verificou quaisquer conflitos nem com os utentes nem com a equipa multidisciplinar, e denotamos uma evolução positiva de competências pessoais, quer emocionais, quer de autoconhecimento.

Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Ao longo do estágio procuramos desenvolver a nossa prática de cuidados assente em padrões de conhecimento sólidos e válidos, tendo suportado a nossa prática clínica, na evidência científica e no conhecimento da área de especificidade. Assim, procuramos uma prática diária assente em informações científicas atuais e relevantes que pudessem constituir mais-valias para o processo de saúde/doença da pessoa. A própria realização deste trabalho permitiu-nos desenvolver uma atualização de conhecimentos e competências sobre os cuidados a prestar à pessoa portadora de DM2, essenciais a toda a nossa atividade ao longo do estágio.

Neste seguimento, refletiremos acerca das competências específicas do EEESF.

Competências na Área da Enfermagem de Saúde Familiar

Competência I1 – Cuida da família como unidade de cuidados.

No âmbito desta competência, procuramos considerar a família como uma unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação, face às exigências do seu desenvolvimento.

Unidades de competências

I1.1 – Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica.

Neste sentido, identificamos a família como um sistema social, que tem as suas funções, reconhecendo a sua unicidade e procuramos ter uma visão ecossistémica da mesma. Conseguimos identificar as diferentes formas de organização familiar, associadas às diversas configurações familiares, tendo uma visão integrada da família, como um sistema constituído por subsistemas.

Assim, durante o estágio deparámo-nos com a real complexidade do sistema familiar. A família apresenta-se como um sistema dinâmico, com a necessidade de uma abordagem sistémica, centrada na visão do todo que é a unidade familiar. Esta abordagem revelou-se um desafio tendo em conta experiências pessoais de prestação de cuidados mais centradas no indivíduo. Sentimos que a relação que a nossa orientadora estabelecia com as várias famílias era baseada na confiança criada durante os vários anos de relação terapêutica, facilitadora da sua prática, mas que, por vezes, se traduziu numa limitação para a nossa atividade. Todavia, na primeira abordagem nas diversas consultas por nós realizadas, tentámos colmatar esta dificuldade através de uma comunicação assertiva e transmissão de confiança.

De acordo com a OE (2010), o enfermeiro de família, tendo em conta o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), é “um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade” (p.1). O foco dos cuidados do enfermeiro de família, são:

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, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente. (OE, 2010, p.1)

Na implementação dos planos de ação, procurámos negociar com os membros do agregado familiar e com os recursos de apoio da comunidade, a fim de poder garantir cuidados de qualidade em direção à estabilidade familiar.

Neste âmbito, em todos os contactos com os utentes procuramos realizar um processo de EpS de acordo com as necessidades identificadas consoante as diferentes etapas do ciclo vital. Da nossa atividade resultou a realização de visitas domiciliárias a idosos/indivíduos dependentes, para dar resposta às suas necessidades de cuidados de enfermagem, que foram, maioritariamente, a execução de tratamentos a úlceras por pressão. Foram também realizadas consultas a pessoas com DM, o que requereu a avaliação da glicemia capilar, do peso, da tensão arterial e avaliação do pé. Estas práticas foram sempre complementadas com ensinamentos sobre uma gestão terapêutica adequada, nomeadamente, sobre alimentação saudável, importância e cuidados na realização de atividades físicas, bem como esclarecimentos acerca do cumprimento da terapêutica, de forma a prevenir complicações futuras e promover uma melhor gestão deste processo de saúde/doença. Informamos acerca dos sintomas das hipoglicemias e hiperglicemias, ou seja, entrevistamos de forma a ajudar os familiares cuidadores diretos de pessoas com diabetes a saberem gerir a doença do seu familiar.

Desta forma, assumimos, ao longo do estágio, a família como alvo e contexto de intervenção, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento e prestamos cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, considerando a família como unidade de cuidados, focalizando a intervenção quer na família como um todo, quer nos seus membros individualmente.

Procuramos, ainda, reconhecer o potencial do sistema familiar como promotor de saúde.

II.2 – Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital.

Durante o estágio foi possível verificar a relação entre o nível de saúde individual e familiar e apercebermo-nos dos diferentes níveis de saúde de cada um dos membros da família. Reconhecemos o stress familiar experienciado durante as transições situacionais e sobretudo de saúde/doença, nomeadamente em casos de diagnóstico de DM a um dos membros. Também foi possível identificar a evolução da família associada ao crescimento específico perante uma dada situação.

I1.3 – Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo.

No que concerne a esta unidade de competência, utilizamos diversos níveis de saúde familiar, de acordo com o contexto de cuidados. Neste sentido, utilizamos o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), que nos orientou tanto na colheita de dados como no planejamento das intervenções. Em todo este processo, respeitamos a competência da família para tomar decisões, gerir o seu estilo de vida e abordar a doença.

Tivemos o cuidado de consultar a família para conhecer as suas opiniões e ideias, relativas à gestão dos cuidados de saúde.

Assumimos uma postura de parceiro na gestão, promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, bem como procuramos ser um elo de ligação entre a família, outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Por conseguinte, tivemos a consciência de que conceptualizar a saúde, contextualizada no objetivo último da qualidade de vida, se assume como a função por excelência do EEESF. Por tal, assumimos grande relevância à intervenção sustentada no conhecimento efetivo dos problemas em saúde das famílias, através de cuidados de enfermagem especializados com enfoque em sistemas amplos, como as famílias e comunidades. Em suma, procuramos prestar cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, enfatizando as respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais.

Competência I2. Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Unidades de competências

I2.1 – Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento.

Para alcançarmos esta competência, recorreremos à aplicação do MDAIF, que se constituiu como um elemento chave do processo de investigação e, simultaneamente, uma estratégia de identificação das necessidades das famílias. Assim, consideramos que possibilitámos o

planeamento de intervenções com a família, procurando dar resposta aos problemas identificados, por meio da promoção da mudança num ou em vários domínios do funcionamento familiar, designadamente: cognitivo, afetivo e comportamental. Pareceu-nos que a sua utilização permitiu-nos propor intervenções que dessem resposta às necessidades das famílias através de cuidados de enfermagem.

Partimos do pressuposto fundamental que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto unidade de intervenção, se regem por uma abordagem sistémica, enfatizando-se o estilo colaborativo, que promove a potencialização das suas forças, recursos e competências. Importa referirmos que inerente a este princípio está o reconhecimento da competência da família para tomar decisões na gestão do seu funcionamento.

I2.2 – Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar.

Ao longo do estágio deparámo-nos com situações de especial complexidade, o que requereu a formulação de respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar. Neste âmbito, reforçamos o exemplo anteriormente apresentado, da utente com tentativas de suicídio, em que foi desenvolvido um processo de apoio multidisciplinar capaz de responder às reais necessidades da utente e sua família.

Realizámos o planeamento e a prestação de cuidados dirigidos à família, sobretudo, ao seu cuidador principal, utilizando o diagnóstico de necessidades específicas e considerando os dados colhidos referentes à família como um ponto de partida. A família foi considerada como um todo e o utente como um subsistema com um problema de saúde que era necessário ultrapassar, a fim de promover um funcionamento adequado de todo o sistema e o seu desenvolvimento. Por tudo isto consideramos ter sido alcançada esta competência.

I2.3 – Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

As atividades desenvolvidas objetivaram a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proativa no seu projeto de saúde pela mobilização de recursos que fortalecessem a saúde da família e a sua autonomia. Assim, participámos em várias consultas de enfermagem no âmbito do planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil-juvenil, diabetes e hipertensão. Nestas diversas consultas de enfermagem foi possível

prestar cuidados específicos a membros de famílias ao nível da prevenção primária secundária e terciária.

Desta forma, a nível da prevenção primária, pela eliminação ou redução de fatores de risco, efetuamos, entre outros, uma adequada implementação do Plano Nacional de Vacinação (PNV), EpS, na implementação de estilos de vida saudável, na prevenção do aparecimento de doenças como a DM, e ainda intervenções preventivas em populações específicas como, por exemplo, o reforço da importância de métodos contraceptivos na adolescência.

Em relação à prevenção secundária, pela contenção da evolução da doença/acidente, efetuamos, por exemplo, monitorizações frequentes de tensão arterial, peso, perímetro abdominal e pesquisas de glicemia capilar, numa prevenção de evolução progressiva, realização de testes de avaliação de acuidade visual na saúde infantil, e ainda o reforço da necessidade de uso de métodos contraceptivos barreira em utentes com doenças sexualmente transmissíveis.

No que concerne à prevenção terciária, pela redução das consequências quando estabelecida a doença ou ocorrido o acidente, efetuamos mobilizações a doentes acamados no domicílio, onde valorizamos as necessidades do doente e da família, ensinamos e reforçamos a necessidade de reabilitação motora em utentes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) e a orientação e esclarecimento de dúvidas respeitantes à aquisição e uso de ajudas técnicas no dia a dia.

Nesta perspetiva, em todos os contextos do estágio incorporámos na prática dos cuidados a prevenção da doença e promoção da saúde.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Este capítulo foi organizado em cinco subcapítulos: contextualização do estudo, enquadramento teórico dirigido ao objeto de estudo, metodologia, apresentação e discussão dos resultados.

2.1. Contextualização do estudo

Durante o estágio, realizado numa UCSP da Região do Baixo Tâmega, procuramos atender às necessidades dos familiares dos utentes portadores DM2, em consonância com a sua estrutura e unidade familiar, recursos pessoais, sociais e exigências do meio. Observamos que, quando os recursos existentes não permitem a autossatisfação dessas necessidades, a capacidade de gestão da doença diminui e sobrevém a necessidade de ajuda. É nesta base de ajudar, cuidando, que surge a imprescindibilidade de se envolver a família na gestão do processo de doença do seu familiar afetado pela DM2.

Neste contexto, o enfermeiro é considerado um agente de mudança na sociedade e junto das famílias, na medida em que apresenta facilidade em estabelecer relações de confiança e intimidade com os utentes e respetivos familiares, podendo, deste modo, ajudar a família do diabético a envolver-se no cuidado e gestão da DM2, para que possam fazer um caminho de construção e tomadas de decisão feito de experiências e aprendizagens. Neste sentido, as questões de investigação deste estudo são as seguintes: i) Quais as características sociodemográficas da pessoa portadora de DM2?; ii) Que conhecimentos possuem as pessoas portadoras de DM2 sobre a doença?; iii) De que modo a família participa no processo de adesão/gestão da DM2?; iv) Quais as dificuldades da família no apoio à pessoa portadora de DM2? e v) Quais os motivos das dificuldades da família, em prestar apoio à pessoa portadora de DM2?

De seguida fazemos uma contextualização do estudo, através do enquadramento teórico, no qual se faz uma abordagem da DM2, tendo em conta a sua definição e epidemiologia, bem como as complicações e tratamento. Fazemos também uma abordagem da participação da família no processo de gestão da DM2 e do papel do enfermeiro de família neste processo.

2.2. Enquadramento Teórico: Diabetes *Mellitus* tipo2

A DM2 é uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo, que resulta da existência de insulinopenia relativa e corresponde a cerca de 90 % de todos os casos de Diabetes. (DGS, 2011). Para além, de doença crónica multissistémica, é associada a complicações graves e comorbidades (Chen, Magliano & Zimmet, 2012). Caracterizada por um estado de hiperglicemia crónica, a DM2 resulta de um aumento da resistência periférica à insulina, bem como da disfuncionalidade das células beta pancreáticas, da qual insurge uma diminuição na secreção de insulina e um aumento da produção hepática de glicose (Chen et al., 2012; Olokoba, Obateru & Olokoba, 2012). Ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. O seu diagnóstico surge geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, associado à obesidade, sobretudo em populações com elevada prevalência de diabetes. A DM2 pode ser assintomática, ou seja, pode passar despercebida por muitos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes efetuado através de exames de rotina ou, acidentalmente, através de uma hospitalização por outra causa (DGS, 2011). A diabetes está associada a uma variedade de complicações graves que resultam na redução da qualidade de vida e mortalidade prematura. A deteção e tratamento precoce é uma estratégia para reduzir este problema (International Diabetes Federation, 2012).

Em conformidade com a mesma fonte, o diagnóstico de diabetes realiza-se com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral: a) glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ou c) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou d) Hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.

Numa pessoa assintomática, o diagnóstico não deve ser efetuado com base em um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, ou seja, o mesmo deverá ser confirmado numa segunda análise, depois de uma a duas semanas. A DGS (2011) recomenda o uso de um só parâmetro para o diagnóstico de diabetes. Contudo, caso haja uma avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, o mesmo é confirmado. Todavia, se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise. O diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de

risco aumentado para diabetes, é realizado com base nos seguintes parâmetros: a) Anomalia da Glicemia de Jejum: glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l); b) Tolerância Diminuída à Glicose: glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l) (DGS, 2011).

2.2.1. Epidemiologia

A prevalência global da DM2 está aumentando rapidamente, como resultado do envelhecimento da população, da urbanização, bem como das mudanças no estilo de vida (Chen et al., 2012). Em 2010, um número estimado de 285 milhões de pessoas em todo o mundo possuíam DM, 90% dos quais eram portadores de DM2 (Chen et al., 2012). Contudo, tem sido igualmente revindicado que este número deverá subir para os 439 milhões até 2030, o que representa 7,7% do total da população adulta do mundo com idades entre 20-79 anos (Figura 1).

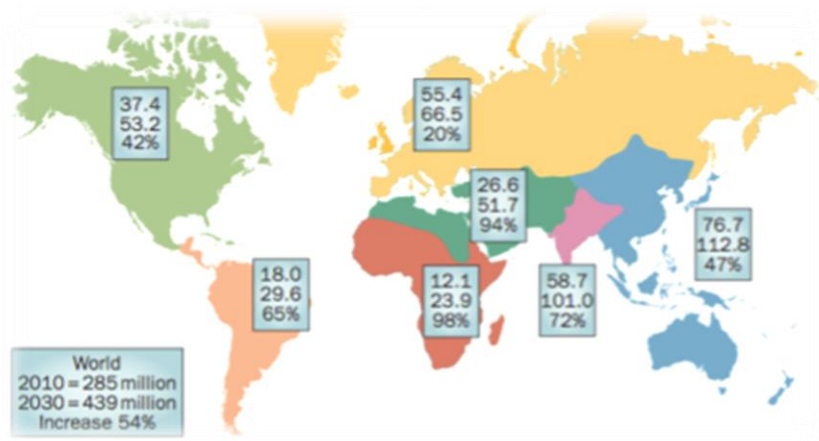


Figura 1. Projeção global da diabetes entre 2010 e 2030

(Adaptado de Chen et al., 2012)

Sob o ponto de vista prático, este aumento exponencial será o reflexo da constante alteração dos hábitos alimentares, da adoção de estilos de vida mais sedentários, assim como do constante aumento da esperança média de vida (Liao, 2012; Sutherland, Hoehns, O'Donnell & Wiblin, 2001). Contudo, em adição a isto, sabe-se hoje que o desenvolvimento da DM2 está a aumentar (drasticamente) mais em países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos, em que, além do início precoce da DM2 em jovens adultos, uma tendência

crescente da DM2 começa a ser igualmente perceptível entre as crianças e adolescentes (Cheraghi, Shamsaei, Mortazavi & Moghimbeigi, 2015).

Em Portugal, e de acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (SPD, 2013), foi apresentada em 2012 uma estimativa de que 12,9% da população era diabética. Deste modo, o diagnóstico precoce da DM2 torna-se uma ação crucial no sentido de tentar atrasar/impedir o aparecimento das suas complicações (agudas ou crónicas), ação esta fundamental para o aumento da qualidade de vida e para a redução dos níveis de morbilidade e mortalidade dos doentes (Sabaté, 2003).

O controlo metabólico e o valor da hemoglobina glicosilada ideal num doente DM2 deve ser efetuado de forma individualizada e de acordo com o seu estado geral de saúde, a sua esperança média de vida, assim como pela existência (ou não) de complicações (International Diabetes Federation, 2013). Apesar das recentes melhorias no controlo dos níveis de glicose em adultos com diabetes, menos de 15% dos adultos atingem três dos principais componentes nos cuidados da diabetes, nomeadamente: 1) níveis de glicose; 2) pressão sanguínea; e 3) os níveis do colesterol, *Low Density Lipoprotein* (LDL) (M. Santos, Monteiro, Pereira, Freitas & Marques, 2014). Tal conduta traduz-se, normalmente, em resultados médicos insatisfatórios, refletindo não só a falta de autogestão por parte do doente, mas também por parte do prestador de cuidados de saúde em não iniciar ou intensificar a terapêutica adequada (Santos et al., 2014). Deste modo, apesar dos sistemas de saúde estabelecerem condutas em estratégias de prevenção, seguimento e tratamento da doença, estudos têm demonstrado que a maioria dos doentes DM2 não recebe o tratamento e seguimento adequado, de tal modo que os objetivos terapêuticos propostos não sejam, de todo, alcançados (Correia, 2007; Hanson, 2005; Nam, Chesla, Stotts, Kroon & Janson, 2011).

Assim, há uma clara necessidade de promover a saúde, a partir da qual novas possibilidades de saber e fazer promovam uma melhor qualidade de saúde e vida da população. O desenvolvimento de planos terapêuticos individualizados baseados em ações educativas torna-se crucial para a contextualização do doente enquanto diabético (Nam et al., 2011; Sabaté, 2003). O regime é, ainda, complicado pela responsabilidade que o doente tem em integrar e sequenciar todas as tarefas comportamentais do seu dia a dia, isto é, pela exigência que lhe é pedida na adjudicação do seu tratamento (Nam et al., 2011; Sabaté, 2003). Paralelamente, os doentes podem ainda ter de modificar os seus comportamentos de autocuidado de situação para situação, sendo, contudo, importante realçar a não existência de qualquer comportamento

estandardizado prescrito e válido para todas as situações (Wright & Leahey, 2008). Neste contexto, parece haver um claro consenso em considerar que o tratamento da DM2 é extremamente desafiante pelo grau de envolvimento ativo que exige ao doente (Nam et al., 2011).

Apesar dos profissionais de saúde desempenharem um papel vital na gestão da doença, a responsabilidade pelo tratamento reside, em última instância, no doente e/ou na sua família (André, Cunha & Rodrigues, 2010). De facto, nos últimos anos tem sido reivindicado que o envolvimento da família representa um fator crucial na aceitação e no auto entendimento do doente face à doença (Mayberry & Osborn, 2012). Estudos empíricos mostraram relações positivas e significativas entre apoio familiar e a adesão ao tratamento, onde o apoio familiar fornece aos doentes uma ajuda prática na aceitação do viver com a doença (Rosland, Heisler, Choi, Silveira & Piette, 2010). No entanto, o mecanismo exato pelo qual o apoio familiar afeta a adesão do paciente ainda não está completamente esclarecido (Mayberry, Kripalani, Rothman & Osborn, 2011).

2.2.2. Complicações

Com o passar dos anos e a evolução da doença, os diabéticos podem desenvolver complicações, sendo estas divididas em dois grupos nomeadamente: 1) as complicações agudas; e 2) as complicações crónicas.

As complicações agudas da diabetes são, basicamente, a cetoacidose diabética, a síndrome hiperosmolar hiperglicémico e a hipoglicémia. Todas implicam risco de vida, caso o doente não seja tratado a tempo.

As complicações crónicas evoluem de forma silenciosa e segundo OMS (2015), são divididas em dois grandes grupos: micro e macrovasculares. Sucintamente, as complicações microvasculares são aquelas que causam danos aos pequenos vasos sanguíneos, como as que acometem os olhos, rins e nervos. Por exemplo, a nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal crônica, estando associada a lesões nos pequenos vasos sanguíneos. Os sinais clínicos incluem proteinúria persistente progredindo para albuminúria. Ao nível dos olhos, a microangiopatia provoca uma retinopatia diabética, com lesões da retina devido a hemorragias e proliferação dos vasos sanguíneos pela constante elevação da taxa de glicemia. Essa é uma das causas do aparecimento do glaucoma e da catarata. Tal como

evidenciando por Peixoto, Nogueira-Silva, Bulhões, Ferreira e Magalhães (2006), vários estudos sugerem que, após 15 anos de evolução da doença, aproximadamente 2% das pessoas fica cega e 10% desenvolve défices severos de visão.

Relativamente às complicações macrovasculares, estas incluem doenças do foro cardíaco, bem como problemas de insuficiência no fluxo sanguíneo para as extremidades do corpo, principalmente membros inferiores (DGS, 2011). A neuropatia diabética representa um destes casos, manifestando-se comumente, por diminuição sensitiva nos membros inferiores que, conjuntamente com os danos vasculares periféricos, aumenta o risco de ulcerações, infeções e consequentes amputações (SPD, 2016). Contudo, a International Diabetes Federation, (2012) enuncia na etiologia das complicações crónicas da diabetes, a hipertensão arterial (HTA), a dislipidemia e as anomalias funcionais e estruturais vasculares, também, como fatores determinantes. Neste contexto, Natah (2002) afirma que a doença coronária, a insuficiência cardíaca e o AVC apresentam uma prevalência bastante superior em doentes diabéticos, quando comparado com a população em geral (não diabética).

Apesar desta realidade, o estudo realizado com DM2 demonstrou que aumentar o controlo dos níveis de glicemia através da monitorização da hemoglobina glicosilada (HbA1C), da HTA e dos níveis de colesterol, diminui a incidência de todas as complicações associadas à diabetes, com vantagens na relação custo-benefício e aumento da esperança de vida dos doentes (Chen et al., 2012).

2.2.3. Tratamento

O primeiro passo no tratamento da DM2 é o mais importante e implica uma adaptação no estilo de vida, “lifestyleinterventions”, designadamente no regime alimentar e na atividade física (Carrilho, 2012). Muitas vezes, este primeiro passo, com eventual perda de peso, é o suficiente para manter a DM2 controlada. Quando não for possível controlar a DM2, apesar da adaptação alimentar e do aumento da atividade física, é necessário iniciar tratamento farmacológico (antidiabéticos orais e/ou insulina), com um possível recurso a outros fármacos que ajudam a controlar os fatores de risco cardiovascular, como o colesterol elevado e a hipertensão (SPD, 2015).

Uma gestão eficaz da doença crónica, como a DM, pode salvar vidas, reduzir o sofrimento dos doentes e reduzir os custos, uma vez que, se se conseguir o cuidado certo no tempo certo,

as pessoas com diabetes podem levar vidas normais e produtivas. Mas se, pelo contrário, a doença não é bem gerida, a pessoa pode experimentar picos nos níveis de glicemia de que resultam visitas repetidas aos serviços de urgência e, por vezes, a hospitalização. A não gestão da DM pode levar ao aparecimento de complicações macrovasculares, como o AVC, o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a Doença Vascular Periférica (DVP), microvasculares como a retinopatia, a nefropatia, neuropatia, pé diabético, e até a morte.

A eficácia dos comportamentos de autogestão reflete-se numa significativa melhoria dos resultados de saúde dos indivíduos e famílias, aumentando a qualidade de vida e o realinhamento das despesas de saúde, incluindo uma diminuição na procura por serviços de saúde, contribuindo para a saúde geral da sociedade (Ryan & Sawin, 2009). As evidências apontam para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no tratamento da diabetes, o que comporta a participação de enfermeiros com formação em cuidados com a diabetes, e com competências pedagógicas na educação do adulto (International Diabetes Federation, 2013).

A DM é uma doença crónica que requer alterações vitalícias no estilo de vida. O principal objetivo do seu tratamento é baixar a glicemia para níveis normais ou próximos da normalidade de doente saudável, de forma a reduzir o risco de desenvolvimento/aparecimento de complicações (OMS, 2015).

Segundo Franz (2000), a terapêutica da diabetes depende do estágio da doença e dos objetivos delineados, podendo incluir terapêutica farmacológica (insulina e/ou antidiabéticos orais), terapêutica nutricional, exercício físico, monitorização da glicemia e educação para o autocuidado.

Para a American Diabetes Association (2001), o plano terapêutico, para além da terapêutica farmacológica, deverá incluir também:

- Automonitorização da glicemia: a qual faz parte integrante do plano terapêutico, na maior parte das situações. Permite ao doente avaliar a resposta ao regime terapêutico prescrito, em função dos objetivos a alcançar. Com este tipo de procedimento, o doente poderá igualmente adequar a sua alimentação, planear a sua atividade física e até mesmo ajustar a sua medicação;
- Terapêutica nutricional: é fundamental para o estabelecimento de um plano alimentar individualizado, tendo em conta o estado nutricional do doente e os objetivos a alcançar. A

gestão do plano alimentar deve ser parte integrante do plano tratamento/educacional, para que o diabético possua os conhecimentos e as competências necessárias que lhe permitam gerir a sua qualidade/estilo de vida, hábitos alimentares, vivências familiares/culturais, financeiras, tendo em vista facilitar a sua adesão ao plano;

- O exercício regular tem mostrado melhorar o controlo da glicose sanguínea, reduzindo os fatores de risco para doenças cardiovasculares, bem como para a perda de peso e aumento do bem-estar. De facto, Duarte, Melo e Nunes (2015) demonstraram que, para além destas recomendações, a correção do estilo de vida deve ser promovida ao longo de toda a evolução da doença, assim como a educação da pessoa com diabetes. Contudo, a efetividade do regime terapêutico depende da adesão. Neste sentido, F. Bastos (2004) afirma que todo o plano terapêutico deve ser individualizado e concebido em negociação entre o diabético, a família e a equipa de saúde.

Uma das grandes dificuldades que se coloca aos diabéticos prende-se, essencialmente, com a sua capacidade para gerir de forma eficaz o regime terapêutico proposto. Esta dificuldade é sustentada por inúmeros fatores, tais como: as crenças do doente, a aceitação do seu diagnóstico, a sua personalidade, as estratégias de *coping*, bem como a relação estabelecida entre o mesmo e o profissional de saúde (I. Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006).

Perante uma situação de patologia crónica, como a DM2, que implica, na maior parte dos casos, uma frequente alteração dos hábitos do dia a dia, os doentes nem sempre têm a capacidade de integrar/aceitar essas mesmas alterações de forma eficaz na sua vida diária (Dunkley et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, tais dificuldades, como a não-aceitação da doença e a não adesão ao regime de tratamento, poderão traduzir-se, a curto e longo prazo, num aumento do risco à qualidade de vida e homeostase do doente, que poderão traduzir-se, posteriormente, no aparecimento de complicações decorrentes da doença. Segundo o estudo de J. Almeida Pereira e Fontoura (2012), a diabetes tem um tratamento mais exigente, cuja não adesão, coloca o doente em risco acrescido de morbilidade e mortalidade e, embora sejam reconhecidas vantagens de uma boa adesão na prevenção de complicações na diabetes, estudos apontam, por outro lado, que esta percentagem é relativamente baixa.

Esta patologia merece uma atenção redobrada por parte dos enfermeiros, sobretudo no que diz respeito à capacidade de envolver o diabético e a família no processo de gestão da DM.

2.2.4. Participação da família no processo de gestão da Diabetes *Mellitus*

Segundo A. Almeida (2005), a família é um “grupo de indivíduos ligados por laços de sangue, casamento ou adoção, que formam uma unidade económica e cujos membros adultos são responsáveis pela socialização das crianças” (p.227). Ainda de acordo com este autor, todas as sociedades desenvolveram sistemas de relações familiares, ainda que a variedade destas seja grande.

Relvas (1996), define família como sendo “uma organização de subsistemas, sujeitos a transições funcionais evolutivas (ciclo vital) que implicam a definição de limites e hierarquias, alianças e distanciamentos e, por sua vez, coligações” (p.31). A mesma autora descreve a família como um emaranhado de noções, questões, e mesmo de contradições e paradoxos. E porque demasiado próximo de cada um, a família apresenta-se como uma entidade pouco palpável, quase invisível.

Gameiro (1992), apresenta um conceito de família como uma rede complexa de relações e emoções, onde ocorrem sentimentos e emoções impossíveis de ser concebidos enquanto instrumentos criados pelo estudo de indivíduos isolados, porque a “simples descrição dos elementos de uma família não serve para transmitir a riqueza e complexidade relacional desta estrutura” (p.187).

No entanto, e independentemente da situação sociocultural das famílias, a relação entre os seus membros é vitalícia e necessita de ser gerida ao longo de toda uma vida, porquanto em todo o seu comportamento diário estão a comunicar com os diversos membros que a constituem (Relvas, 1996). Neste sentido, “a comunicação deve cumprir a função de estabelecer uma «ligação positiva» entre os indivíduos ... deve ser clara e desprovida de ambiguidades” (Relvas, 1996, p.137).

O modo como a família se organiza, se constrói e o modo como interage consigo mesma são elementos fundamentais da estrutura familiar. Como refere Relvas (1996), “a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem” (p.137). Os elementos de uma família têm o seu ponto de referência na própria família, esta deve ser capaz de responder às mudanças internas e externas, deve ser capaz de se transformar de maneira a que atenda às novas circunstâncias, sem perder, assim, a continuidade do seu próprio trabalho em família. A estrutura familiar deve ser capaz de se adaptar, quando as circunstâncias mudam. Para que isto aconteça, a

família define os seus limites, regras, fronteiras entre os seus elementos e define o papel que cada indivíduo desempenha dentro do seu seio.

Cada família é ao mesmo tempo um sistema aberto, em relação dinâmica com o exterior, segundo Sampaio e Gameiro (1985), mas também a junção de vários sistemas. Os indivíduos deste sistema ocupam, em simultâneo, diversos papéis em diferentes contextos, que implicam outros estatutos, funções e tipos de intervenção com variados sistemas.

As fronteiras e os limites pelos quais os subsistemas de uma família se organizam e comunicam entre si têm a função destas de proteger a diferenciação dos sistemas. A nitidez das fronteiras dentro de uma família é um parâmetro útil para a avaliação do funcionamento familiar, devem ser nítidas, para que a família funcione em pleno equilíbrio. “Os limites permitem regular a passagem de informação entre a família e o meio, assim como entre os diversos subsistemas ..., visam proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros” (Alarcão, 2005, p.54).

Os limites podem ser distinguidos entre limites claros, que delimitam funções e espaços de cada subsistema, com trocas de influências entre eles; limites rígidos, que dificultam a compreensão e comunicação entre os membros de uma família; limites difusos, que têm uma enorme permeabilidade perigando a diferenciação dos subsistemas. Este tipo de limites não permitem a individualização dos elementos da família, como é característico das estruturas familiares psicossomáticas e famílias desagregadas (Sampaio & Gameiro, 1985).

O contexto familiar estruturado é apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado na pessoa com DM2, por exercer relevante papel em todo o processo de relação da pessoa com a sua doença, o seu tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida. Neste sentido, é importante que se desenvolva um processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a sua participação em todas as fases do mesmo, ajudando-a a ajudar o seu familiar no seu processo de transição de saúde/doença e doença/saúde.

Para Meleis (2007), a pessoa/família é o recetáculo de cuidados ou o potencial recetáculo de cuidados. É importante conhecer a família do doente com DM2, tendo em conta as suas representações, conceções, interesses, dificuldades e os fatores que influenciam as suas decisões em termos de gestão da patologia do seu familiar afetado. Esta teoria prevê que a família deve ser alvo da intervenção de enfermagem, sempre que necessário, de forma a

adquirir capacidades para cuidar do familiar doente. Neste contexto, os enfermeiros são parte integrante para o desenvolvimento das capacidades dos familiares, estimulando-os positivamente, para uma melhor adesão e gestão autónoma do tratamento (Associação Protetora de Diabéticos de Portugal, 2013).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, 2011) e a versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, adesão é definida como:

Ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente). (p.37)

Sousa, Peixoto e Martins (2008), definem adesão terapêutica como o grau ou extensão do comportamento da pessoa em relação ao regime terapêutico, ao cumprimento da dieta e consequente alteração de hábitos ou estilos de vida veiculadas pela doença. Nesta sequência, os mesmos autores referem que os recursos para ultrapassar as barreiras de adesão devem ser encontrados nas competências pessoais dos utentes (aptidões de confronto, autoeficácia) e também nas características sociais em que os mesmos se inserem, como é o caso do ambiente familiar e do suporte social que possa ser disponibilizado pela família. Consideram igualmente que um tratamento complexo e exigente como o da DM2 requer que o utente adquira competências psicológicas (cognitivas e comportamentais), que lhe permitam efetuar de forma ponderada e eficaz mudanças no seu estilo de vida no sentido de prevenir as complicações a curto e a longo prazo da doença, nas quais, a família tem sido descrita como uma ferramenta fundamental.

Procurando estudar os comportamentos de autocuidado de doente com DM2 e a importância da família no processo de ajuda da gestão da doença, Zhou, Liao, Sun e He (2013) constataram que a maioria dos doentes estava inteirada da importância do autocuidado na gestão da diabetes. Todavia, apenas 13% dos doentes faziam uma correta autovigilância da glicémia capilar. Os principais fatores preditores de um défice de conhecimento ou baixo autocuidado foram um baixo nível de escolaridade ou idade avançada (mais de 53 anos de idade). Défices de conhecimento acerca da DM e práticas de autocuidado existiam na maioria

dos doentes com um controlo glicémico abaixo do recomendado. Estes resultados reforçam a importância da família na gestão da DM.

Quando a pessoa é confrontada com o diagnóstico de uma doença aguda ou crónica, como a DM2, emerge um conjunto de novas exigências e necessidades, designadamente procurar ajuda de um profissional de saúde, realizar medidas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, possíveis efeitos secundários associados ao tratamento, alteração do autoconceito, consciência das consequências a que a doença poderá conduzir e integrar essas alterações no seio da vida familiar (Taylor & Renpenning, 2011). Apesar de os seres humanos possuírem uma grande capacidade para se adaptar às mudanças internas ou ambientais, subsistem situações que ultrapassam essa capacidade, sendo que nesses casos se torna necessário apoio familiar (F. S. Bastos, 2013). Esta afirmação corrobora o preconizado por Orem (2001), quando refere que o autocuidado não se encontra limitado apenas à pessoa a quem ele é dirigido, uma vez que inclui o cuidado que é prestado por outros em favor dessa pessoa – cuidado dependente (*dependente care*), sendo que este pode ser prestado pelos familiares de modo a que a pessoa se capacite para o seu autocuidado (Meleis, 2012).

A DM2 assume-se como uma das patologias que exige alterações terapêuticas constantes e cuidados de saúde diferenciados ao longo da sua evolução (Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, 2014), fatores que se constituem como um desafio que apenas pode ser superado com o empenho dos doentes, familiares e profissionais de saúde.

No doente diabético, a prática do autocuidado assume-se como crucial no seu tratamento, o que implica que o doente esteja capacitado para vigiar e responder ativamente aos fatores ambientais e fisiológicos e que se encontre apto para realizar os ajustes indispensáveis, objetivando manter um bom controlo metabólico e evitar o aparecimento de complicações (World Health Organization [WHO], 2003).

São muitos os fatores com impacto na forma como a pessoa gere a DM, tais como, ao nível dos fatores internos, o conhecimento e a compreensão dos tratamentos prescritos e do plano de autocuidado, prioridades, autoestima, autoeficácia e habilidades inatas para organizar e planear, resolver problemas e lidar com o stress. Quanto aos fatores externos, referem-se o suporte social e familiar, os fatores ambientais e o acesso aos cuidados de saúde, os quais influenciam igualmente a gestão da DM (Weinger & Carver, 2009).

Desta feita, de acordo com Correia (2007), a família deve ajudar o seu familiar com DM a realizar a autovigilância da glicemia capilar, adequar e adaptar a alimentação, ajustar o consumo de medicação e efetuar corretamente a sua toma, fomentar a prática de atividade física regular, fazer uma vigilância regular dos pés, vigiar regularmente a saúde e colocar em prática outros comportamentos que abrangem uma higiene cuidada da pele e dentes, utilização de roupa adequada. A autovigilância, autocontrolo e autogestão eficaz da DM são de extrema importância para a manutenção da saúde e da qualidade de vida e, para a sua aprendizagem e treino, em muito contribuem os enfermeiros, enquanto educadores, cujo papel é orientar e educar o diabético e a sua família a descobrir o plano terapêutico mais adequado às necessidades específicas de cada pessoa.

A família assume um papel fundamental, colaborando na realização de algumas atividades de autocuidado, nomeadamente a autovigilância da glicemia capilar, os cuidados aos pés e a preparação da medicação. Deste modo, assume grande importância as estratégias ao nível da consulta de enfermagem de modo a promover-se um maior envolvimento e participação da família nos cuidados a prestar ao seu familiar diabético, visando facilitar a adesão e a gestão do regime terapêutico (Correia, 2007).

As maiores dificuldades sentidas pelos doentes e pelas suas famílias prendem-se com a aceitação da doença e com a capacidade para gerir eficazmente o regime terapêutico proposto, traduzindo-se numa fraca adesão com o consequente agravamento do estado de saúde e repercussões a nível individual, social e económico (Rossi, 2005).

O suporte social é um fator de extrema importância no que diz respeito à adesão e à gestão do regime terapêutico da DM, assumindo a família um papel de protagonista, quer ao nível dos aspetos positivos, como no apoio à realização das atividades de autocuidado, quer em relação aos aspetos mais negativos, nomeadamente a fraca compreensão do fenómeno que vai inviabilizar muitas vezes o cumprimento do plano terapêutico do diabético (Rossi, 2005).

Quando um dos membros da família é afetado pela DM emerge um grau de gravidade que dá origem a um sentimento de incapacidade perante a situação (Regufe, 2017). A mesma autora refere que, numa fase inicial, “o conhecimento da existência da doença no seio familiar tem um impacto na rotina diária da família, que leva cada membro a fazer certos ajustes, de maneira a conseguir lidar com a situação” (p.17). No momento em que o doente inicia o tratamento, este processo parece interferir no quotidiano familiar. O desconforto decorrente da

realização de exames e dos tratamentos médicos acarreta transtorno, levando o doente a apoiar-se emocionalmente nos membros da família que se vê obrigada a modificar as atitudes, os estilos de vida e as rotinas diárias (Leal, 2014).

De acordo com a autora supracitada, após o transtorno inicial decorrente do diagnóstico de DM num membro da família, é imprescindível levar o doente e a família a aceitar a situação, o que nem sempre é fácil. Depois desta fase, tem de se ajudar o doente e a família a aprender a lidar com a doença para que todos possam ter uma boa qualidade de vida. Todavia, deve ter-se em consideração que a família necessita de tempo para se adaptar à nova condição de vida do seu familiar com DM, a fim de se poder adaptar aos seus papéis e reorganizar as suas funções (Leal, 2014).

Na perspetiva de Altholff, Elsen e Laurindo (1998), a família assume um papel capital, na medida em que os seus comportamentos, ações e hábitos interferem com todos os elementos, influenciando, por inerência, o estado de saúde de cada indivíduo e este influencia a maneira como toda a família se estrutura. Por tal, a família representa uma unidade de cuidado ao doente, que, no caso da DM, vive uma condição de doença crónica.

Importa ressaltar que, como sustenta Leal (2014), “o cuidado prestado pela família é influenciado pelo meio cultural na qual está inserida, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, bem como pelas condições educacionais e socioeconómicas” (p.18). Neste sentido, é importante que o enfermeiro avalie o funcionamento da unidade familiar em simultâneo com a avaliação individual dos membros da família. É que a avaliação da funcionalidade da família assume-se como um fator potenciador da sua colaboração na gestão da DM.

2.2.5. O papel do enfermeiro de família

Antes de se abordar o papel do enfermeiro de família, fazemos uma contextualização das Unidades de Saúde Familiares (USF) e das UCSP, tendo em conta as suas valências e objetivos.

Os CSP são reconhecidos como uma componente basilar do Serviço Nacional de Saúde português, representando o primeiro nível de contacto com o cidadão, compreendendo um conjunto de cuidados de saúde que abarcam:

a prevenção e prestação na doença, a promoção da saúde, a continuidade de cuidados de saúde e a articulação com outros serviços de saúde, e por outro lado, por haver evidência de que os sistemas de saúde com *gatekeeping* nos CSP contêm a despesa em saúde sem efeitos adversos para o paciente. (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2016, p.7)

No seguimento da regulamentação das USF pelo Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro, o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, posteriormente retificado pela Declaração de Retificação n.º 81/2007, de 12 de setembro, definiu o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. Nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, a USF pode ser uma das Unidades Funcionais (UF) parte integrante de um ACeS, funcionado no centro de saúde, pelo menos, uma USF ou uma UCSP. Em comum com as demais UF, a USF deve apresentar uma equipa multiprofissional “...com autonomia organizativa e técnica e atua[r] em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES” (Artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, p.1183).

As USF têm por missão prestar cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica, garantindo “a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (ERS, 2016 p.37), assumindo-se como as “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares”, suscetíveis de serem organizadas em conformidade com um dos três modelos definidos (A, B e C).

A USF tem uma estrutura organizativa, funcional e técnica autónoma, integrada numa lógica de rede com outras UF do centro de saúde ou da Unidade Local de Saúde (ULS), sendo parte integrante daquele, regendo-se pelos princípios definidos no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, devendo orientar a sua atividade pelos seguintes princípios:

- a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objetivos de eficiência e qualidade;
- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;

- f) Avaliação, que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
- g) Gestão participativa, a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico. (p.5589)

De acordo com a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de outubro, que aprova a carteira básica de serviços das USF, os serviços clínicos abrangem cuidados de saúde de vigilância, situações de doença aguda, doença crónica e de patologias múltiplas, direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo vital da pessoa, integram também os cuidados no contexto domiciliário.

No que se refere às UCSP, como resulta do artigo 10.º o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, as UCSP têm uma estrutura idêntica às USF e prestam cuidados personalizados, devendo garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade, através uma equipa constituída por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. A sua atividade é desenvolvida com autonomia organizativa e técnica, integrada numa rede com as demais USF.

De acordo com o legislado, as USF e as UCSP têm como princípios básicos de atuação: “a garantia da acessibilidade, da globalidade, da qualidade e da continuidade dos cuidados de saúde; a acessibilidade, personalização e efetivação dos cuidados, aliados a objetivos de eficiência e qualidade; a cooperação e a solidariedade entre os membros da equipa; a avaliação com vista a adoção de medidas corretivas, quando necessárias” (ERS, 2016, p.39). Assumem-se como unidades essenciais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, com equipas multiprofissionais, onde se destaca, no âmbito deste trabalho, o enfermeiro de família.

O enfermeiro de família, visto como um modelo organizativo de cuidados é uma mais-valia ao nível da qualidade dos cuidados prestados à população, com destaque para a efetividade, proximidade e acessibilidade (Nunes, 2016). Este profissional de saúde representa um elo de referência entre o serviço de saúde e a família, tendo a responsabilidade da prestação de cuidados de enfermagem globais a um conjunto de famílias, nas mais diversas situações de crise e em todos os processos de saúde-doença, através da prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, tendo por base uma relação de ajuda

de maior confiança. Os enfermeiros têm um papel crucial na abordagem da doença crónica, visando os membros mais vulneráveis (International Council of Nurses, 2010).

A enfermagem de família alicerça-se no pensamento sistémico, enfocando-se quer no sistema familiar, quer nos sistemas individuais, enfatizando a interação e a reciprocidade entre os membros da família (Figueiredo, 2009, citando Friedman, 1998). Como refere Figueiredo (2009), a abordagem dos cuidados tem de se centrar na pessoa e na família, vista como uma unidade divisível em partes. Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, os CSP surgem como um contexto estruturante de práticas de enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados.

A interação do enfermeiro com a família esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, como referem Wright e Leahey (2008), a enfermagem surgiu nas casas dos doentes, sobressaindo a enfermagem de família, reconhecendo o potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus subsistemas e, naturalmente, da saúde global. Nesta perspetiva, a enfermagem de família, dizendo respeito “à relação entre os elementos que se influenciam mutuamente e evoluem numa interação recíproca e cumulativa” (Figueiredo, 2009, p.31), fundamenta-se num paradigma ecossistémico.

Neste sentido, referimos o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) proposto por Figueiredo (2009), que potencia respostas às necessidades dos enfermeiros perante os cuidados com as famílias. Este modelo foi adaptado a partir do modelo de avaliação da família de Tomm e Sanders (1983), cit. por Figueiredo (2009), que enfatiza os processos cibernéticos de regulação dos sistemas, integrando o modelo sistémico. Contém categorias associadas às fronteiras, regras familiares, mecanismos de controlo, vinculação, crenças e finalidades da unidade familiar, incluindo um diagrama de padrão circular. Alicerça-se na Teoria da Cognição, na Teoria da Comunicação e na Teoria da Mudança, apresentando-se como “uma estrutura multidimensional que consiste de três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento, e funcional” (Figueiredo, 2009, p.173), cada uma delas subdividida em subcategorias (Figura 2).

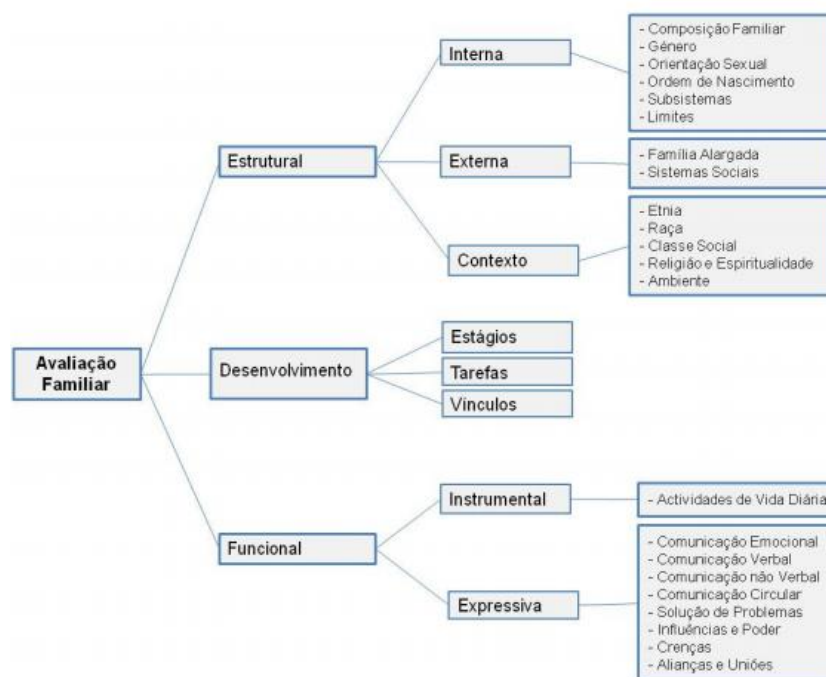


Figura 2. Diagrama ramificado do MDAIF

(Adaptado de Figueiredo, 2009, p.174)

A avaliação estrutural do MDAIF agrupa três categorias que compreendem subcategorias ao nível interno, externo e contextual da vida familiar. Ao compreender os aspetos sobre a composição da família, o vínculo entre os seus membros e entre estes e outros elementos significativos, nomeadamente a família alargada ou os sistemas mais amplos, para além de aspetos específicos do ambiente, requer uma compreensão mais dilatada acerca das áreas de conhecimento (L. Silva & Figueiredo, 2006). As suas categorias são interdependentes, tomando “o enfermeiro a decisão acerca da necessidade da utilização de cada uma delas, face à especificidade da família” (Figueiredo, 2009, p.174). De acordo com a mesma autora, o foco da avaliação consiste em centrar-se particularmente nas interações entre os membros da família, na medida em que o comportamento de cada um dos membros da família deve ser compreendido no contexto. Compreende igualmente o processo de mudança estrutural e as alterações da família ao longo da sua história, associada às transições relacionadas com as etapas do seu ciclo vital.

Todavia, a autora supracitada salienta que, para que haja uma prática cada vez mais proficiente, objetivando a intervenção com o sistema familiar, é imprescindível que os enfermeiros tenham formação especializada de modo a poderem fundamentar as suas práticas

de cuidados às famílias, fomentando “contextos intercessores de uma prática de enfermagem de família” (Figueiredo, 2009, p.79). Deste modo, torna-se fundamental que os enfermeiros tenham conhecimentos acerca das teorias que consubstanciam a enfermagem de família, bem como acerca dos “modelos e teorias de enfermagem de família, instrumentos de avaliação familiar, técnicas relacionais e de intervenção, utilização de uma linguagem apropriada” (Figueiredo, 2009, p.79).

O MDAIF evidencia o conceito de transição. Na prática clínica emergem quatro tipologias de transições com as quais os enfermeiros por norma se deparam (Meleis, 2000), designadamente: (i) de desenvolvimento, que ocorrem ao longo do ciclo vital dos indivíduos; (ii) situacionais que dizem respeito à mudança de papéis nos vários contextos onde a pessoa se insere; (iii) de saúde/doença que se referem às mudanças imprevistas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar, apesar de compreender a cronicidade; (iv) as organizacionais que emergem em termos de contexto ambiental dos utentes/família e que resultam das mudanças que surgem no contexto social, político e económico. Estas tipologias podem assumir um padrão simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado, não relacionado (Meleis, 2000).

De acordo com a Teoria das Transições de Meleis, a enfermagem assume-se como um processo e relaciona-se com as experiências humanas de transição, onde a saúde e o bem-estar se constituem como resultados da intervenção. Nas transições, os enfermeiros desempenham um papel ativo, dado que são estes os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com as pessoas no seu processo de transição de saúde/doença ou vice-versa. Deste modo, os enfermeiros são um forte suporte, o que tem subjacente uma visão holística da pessoa (Meleis, 2000).

Meleis (1997), sustenta que a transição aponta para uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas capacidades socioculturais e na forma de gerir as respostas humanas. Deste modo, a transição implica que a pessoa seja capaz de interiorizar novos conhecimentos, que servem de substrato para a alteração do comportamento e, concludentemente, modificar a definição de si no contexto social. Este modelo analisa os vários tipos de transição, circunstâncias e efeitos previstos da intervenção profissional, partindo do pressuposto que esta pode impulsionar ou obstar alterações no estado de saúde (Davies, 2005).

Neste ponto de vista, a transição consiste num processo de passagem de um estado de saúde para outro, não querendo apenas referir-se apenas a situações de doença. Desta feita, e enquanto processo, a transição caracteriza-se por se repercutir ao nível motor, cognitivo e afetivo da pessoa, com possibilidade de se projetar na capacidade de autocuidado (Meleis, 1997).

Segundo Meleis (2000), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. Como tal, define o “cliente” de enfermagem como um ser humano em interação constante com o ambiente que o rodeia, onde se operam transições ecológicas constantes. A transição compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação. A pessoa ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar novas situações poderá apresentar desajustamentos. Por conseguinte, cabe ao enfermeiro levar a pessoa ajustar-se ou adaptar-se à nova situação ou estado.

As intervenções de enfermagem constituem o suporte de todo o processo de enfermagem, incluindo atividades que se encontrem num *continuum*, dependendo das capacidades e competências do utente/família, desde supervisão e/ou ensino a atividades que pretendem substituir o próprio utente, dadas as incapacidades que pode manifestar (Meleis, 1997). As ações de enfermagem têm por objetivo capacitar melhor as pessoas para o meio e poder agir sobre elas.

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais à pessoa/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os prepararem para lidarem de forma otimizada com essas transições por meio da aprendizagem e da aquisição de novas competências. Neste contexto de cuidados, o domínio da enfermagem tem implícitos os conceitos de transição, interação e intervenções terapêuticas.

Meleis e Trangenstein (1994), consideram que o papel mais relevante do enfermeiro é o de assistir utentes em processos de transição. Assim, a enfermagem tem como objetivo central facilitar os processos de transição, no sentido de se alcançar um estado de bem-estar. Neste sentido, os enfermeiros preparam a pessoa para a vivência das transições e “são quem facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença” (Meleis, 2000). Neste sentido, os enfermeiros prestam cuidados a pessoas que experienciam transições, antecipando as transições ou mesmo completando o ato de transição.

Assim sendo, os enfermeiros assumem o papel de operacionalizar a teoria de médio alcance de Meleis à vivência de uma transição saúde/doença e doença/saúde. A teoria de médio alcance de Meleis consiste numa teoria que redonda da análise de estudos de caso e, como tal, acessível aos enfermeiros. Esta teoria possibilita uma visão mais congruente e integradora à própria pessoa e uma antecipação do diagnóstico, sendo imprescindível um enfoque mais sensato e sistemático (Meleis, 2000).

Importa também referir que a transição encerra em si uma mudança, todavia o contrário não se verifica. Neste sentido, Davies (2005) refere que, opostamente à mudança, as transições são processos que se sucedem progressivamente, congregando as dimensões de fluxo e de movimento ao longo do tempo.

Na opinião de Meleis (2000), para se apreender a propriedade de mudança intrínseca à transição, é basilar entender-se os significados que a pessoa lhe outorga, que podem ser adquiridos por meio da explicitação de determinadas dimensões, designadamente: a natureza, a temporalidade, a perceção da importância ou severidade, expectativas pessoais, familiares e sociais. Desta feita, as transições podem assumir várias naturezas, como: desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. A grande parte das transições está relacionada a acontecimentos importantes na vida das pessoas, os quais, grosso modo, se associam à consciencialização das mutações e diversidades ou, por outro lado, a um maior nível de adaptação da pessoa para lidar com a experiência da transição que está a vivenciar.

Importa referir que as transições compreendem a mudança. Todavia, nem todas as mudanças ocorridas se referem às transições experienciadas. Para se compreender o processo de transição torna-se fundamental a descrição dos efeitos e significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2012). A diferença faz-se notar através do sentir-se diferente e ser apreendido de maneira diferente. A transição assume-se como um processo lento, desde a ocorrência do acontecimento crítico até à estabilidade. O tempo indispensável para a transição é incerto e depende da natureza da mudança e da influência da mesma na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e retrocessos.

As mudanças vivenciadas pelas pessoas, no caso concreto da família de um doente com DM2, podem ser despoletadas por acontecimentos críticos. Deste modo, cabe ao enfermeiro de família a consciencialização das mudanças e diferenças ou a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência de transição.

Em suma, esta teoria tem o potencial que faculta aos enfermeiros um quadro de referências consistente capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa/família em transição. Desta forma, evidencia-se a intencionalidade na articulação destes conceitos teóricos com a sua aplicação prática, procurando a produção de conhecimento, no sentido de contribuir para uma melhoria das práticas de cuidados, garantindo-lhes a continuidade dos cuidados.

Sendo a DM2 uma doença crónica, implica uma longa duração do tratamento e, por conseguinte, poderá acarretar limitações quer ao doente, quer aos seus familiares. Deste modo, é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento da dinâmica familiar, compreendendo as mudanças, o que implica que se proceda a adaptações (Leal, 2014).

O apoio familiar ao doente diabético assume-se como fundamental, porquanto é, muitas vezes, com o apoio da família que o doente consegue enfrentar as contrariedades e percebe a importância da adesão ao tratamento quer para o seu bem-estar, quer para o bem-estar geral de toda a família. Por conseguinte, todo o processo educativo por parte do enfermeiro de família, que abarque o doente e a família, tem de se centrar nas experiências, nos conhecimentos antecedentes, nos valores e nas crenças desta díade acerca da própria doença (Leal, 2014).

É parte integrante das funções do Enfermeiro de Família educar para a saúde e para a autogestão da doença, desenvolvendo com os doentes/família planos de gestão do regime terapêutico que, frequentemente, envolvem terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamento.

De seguida, tem lugar a metodologia, em que abordamos o tipo de estudo, a população e a caracterização da amostra, o instrumento de recolha dos dados e as considerações éticas.

2.3. Metodologia

A investigação em ciências de enfermagem envolve o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem conduzindo, deste modo, à descoberta e desenvolvimento de saberes próprios da disciplina (Polit, Beck & Hungler, 2004). A metodologia, segundo Fortin, Côté e Filion (2009), é a segunda fase de método de investigação. É nesta fase que se faz a escolha do desenho a seguir com a investigação e que define tanto a população e a amostra, assim como a escolha dos métodos de colheita e análise de dados.

De seguida descrevemos a metodologia desenvolvida, precisando o tipo de estudo, a formulação das questões de investigação e respetivos objetivos, a população e amostra em estudo, o instrumento de recolha de dados, o procedimento de recolha de dados e questões éticas e o tratamento e análise de dados.

2.3.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo, como salientado por Fortin et al. (2009), “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (p.133). Vilelas (2009), refere que a metodologia, ou tipo de estudo escolhido, tem por base o objetivo do estudo, estando em concordância com o grau de avanço dos conhecimentos definindo, assim, o tipo de investigação a delinear.

Tendo em conta a problemática em questão sobre a forma como a família participa no processo de adesão e gestão da DM2, bem como a forma como contribuem para essa mesma adesão, gestão e as dificuldades inerentes a esse processo, optámos por realizar um estudo descritivo, exploratório e transversal e de abordagem mista, porque tem uma parte qualitativa e outra parte quantitativa.

A decisão por este tipo de estudo prendeu-se com o facto de esta investigação ter por objetivo principal a caracterização dos objetos de estudo de investigação. A investigação possui as características de um estudo exploratório e descritivo, pois, como o próprio nome indica, a pesquisa exploratória possibilita uma maior familiaridade entre o investigador e o tema pesquisado, visto que este ainda é pouco conhecido, pouco explorado (Vilelas, 2009). Nesse

sentido, tendo em conta as orientações do autor citado, como o problema proposto não apresentava aspetos que possibilitassem a visualização dos procedimentos a serem adotados, foi necessário fazer-se um processo de sondagem, visando aprimorar ideias, descobrir intuições e, posteriormente, construir as questões de investigação. O estudo exploratório objetiva a descoberta, a elucidação de fenómenos ou a explicação daqueles que não eram aceites, apesar de evidentes (Fortin et al., 2009).

Trata-se de um estudo transversal, porque só tem um momento de recolha de dados. Segundo Vilelas (2009), um estudo transversal mede a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo e/ou resultado num ponto específico do tempo, ou seja, devem ser realizados em períodos de tempo regulares e prefixados.

Por outro lado, o enfoque quantitativo deve-se à possibilidade da mensuração de dados relevantes, sobre aspetos abordados e presentes no instrumento de recolha de dados, que permitirá fazer algumas comparações com os resultados de outros estudos sobre a mesma temática.

A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista, com origem nas ciências físicas, onde os seres humanos são compostos por características biopsicossociais e fenómenos previsíveis, que podem ser medidos e controlados e existem independentemente do contexto social e histórico (Fortin et al., 2009).

Como refere Fortin et al. (2009), num estudo quantitativo, o pesquisador parte da colocação da questão para a obtenção de uma resposta, numa sequência lógica de passos. A maioria das ideias ou conceitos é reduzida a variáveis e as relações entre elas são testadas, por meio da verificação de hipóteses, prever resultados de causa-efeito ou verificar teorias, visando a generalização dos resultados obtidos. Assim sendo, o enfoque no paradigma quantitativo deve-se à possibilidade da mensuração de dados relevantes obtidos nesta investigação.

Relativamente ao estudo qualitativo, segundo Fortin et al. (2009), permite ao investigador observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los.

De acordo com Freixo (2011), a pesquisa qualitativa é um campo de investigação, que pode contribuir muito para melhorar a qualidade da relação entre consumidores e fornecedores de serviços de saúde, uma vez que compreende e interpreta experiências, que moldam as

vivências humanas e desta forma, entender mais profundamente emoções e comportamentos dos doentes, famílias e profissionais de saúde.

Deste modo, procedemos à análise de conteúdo das questões abertas, com a respetiva categorização dos dados e as unidades de registo que foram agrupadas, de acordo com o seu sentido, nas diferentes categorias e subcategorias, seguindo-se o preconizado por Bardin (2013). Foi construída uma categorização, após a sua leitura e análise exaustiva, que permitiu uma melhor compreensão do tema em estudo, bem como dos objetivos desta investigação.

2.3.2. População e amostra

Tendo em conta que a finalidade de qualquer investigação é descobrir algo sobre uma determinada população ou amostra, a sua descrição fornece uma boa conceção sobre a eventual generalização dos resultados (Fortin et al., 2009).

Segundo os mesmos autores, população “define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (Fortin et al., 2009, p.311). Por conseguinte, é necessário estabelecer critérios de seleção dos elementos que a constituirão.

Assim, para a realização desta investigação, os critérios de inclusão foram:

- Famílias de utentes inscritas na UCSP, contexto deste estudo;
- Famílias que possuíam algum membro portador de DM2.

Tendo em conta estes critérios, a nossa população era constituída por 50 famílias com membros portadores de DM2. Este número de famílias foi obtido através da listagem emitida pelo sistema de informação da UCSP.

Relativamente à amostra, esta pode ser constituída, por um grupo de “elementos com a intenção de descobrir algo sobre a população da qual eles são extraídos” (Selltiz, Wrightsman & Cook, 2004, p.82).

A constituição da amostra implica um processo de seleção que se denomina de amostragem. No estudo foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística de conveniência ou acidental, tendo em conta os objetivos apresentados e as possíveis contingências de acesso aos participantes, este processo de amostragem “é constituída por indivíduos facilmente

acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos ... permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo” (Fortin et al., 2009, p.321).

Como critério de exclusão, definimos:

- Famílias com limitações cognitivas, avaliadas através da aplicação do *Mini Mental State Test* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), (*Apendice E*) que consiste num exame do estado mental, ou seja, com a finalidade de rastrear a preservação ou não de um défice cognitivo;
- Famílias monoparentais.

Assim, a nossa amostra ficou constituída por oito famílias de doentes com DM2, que respeitaram os critérios de exclusão.

2.3.3. Objetivos e questões de investigação

Para este estudo desenhamos os seguintes objetivos: i) caracterizar, em termos sociodemográficos, a pessoa portadora de DM2; ii) avaliar os conhecimentos da pessoa portadora de DM2 sobre a doença; iii) avaliar a capacidade da família para gerir a doença do familiar portador da DM2; e iv) identificar as dificuldades sentidas pelos membros da família no apoio à gestão da doença.

Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação que é considerada um problema, necessitando ser estudado para que seja melhor compreendido. Neste sentido, é necessário descrever o problema através da questão de investigação que, segundo Fortin et al. (2009), é “um enunciado claro e não equívoco que precisa de conceitos examinados, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica” (p.73).

Neste sentido, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Quais as características sociodemográficas da pessoa portadora de DM2?
- Que conhecimentos possuem as pessoas portadoras de DM2 sobre a doença?
- De que modo a família participa no processo de adesão/gestão da DM2?
- Quais as dificuldades da família no apoio à pessoa portadora de DM2?
- Quais os motivos das dificuldades da família para prestar apoio à pessoa portadora de DM2?

2.3.4. Variáveis em estudo

Existem várias definições de variável, embora coexistam todas num mesmo princípio: ao qual se pode atribuir uma medida, são particularidades de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, podendo-se atribuir valores numerais. Segundo Fortin et al. (2009), as variáveis são as “unidades de base da investigação” (p.171). “São propriedades, qualidades ou características das pessoas, objetos de situações suscetíveis de variar no tempo” (Fortin et al., 2009, p. 171) Estas podem tomar diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados.

Variáveis podem ser definidas como “qualidades que o pesquisador deseja estudar e tirar conclusões a respeito” (Selltiz et al, 2004, p.11).

Freixo (2011) afirma que, para operacionalizar variáveis, é necessário um trabalho de construção e seleção, tornando-as compreensíveis e operáveis. Este autor refere ainda que a operacionalização deve obedecer a três fases: definição de conceitos, determinação de dimensões e precisar os indicadores. As variáveis permitem assim, descobrir e expressar as relações existentes entre os fenómenos.

Para Fortin et al. (2009), as variáveis podem ser classificadas como independentes, dependentes, de atributo e de investigação. Para este tipo de estudo, as variáveis classificam-se como variáveis de atributo e de investigação.

Variáveis atributo - No presente trabalho, consideramos como variáveis atributo: o sexo, o grupo etário, a situação profissional e a escolaridade, como constam na Tabela 1.

Tabela 1.
Operacionalização e categorização das variáveis de atributo

Variável	Operacionalização	Categorização
Sexo	“categoria de pessoas”, “diferenças físicas e culturais entre homens e mulheres” (Giddens, 2002, pp.121,146).	Masculino Feminino
Grupo etário	“divisões da idade cronológica” (Spirduso, 2002, p.8).	≤64 anos 65-74 anos 75-84 anos ≥85 anos
Situação profissional	“realização de tarefas que envolvem esforço físico e mental”, “diferentes ocupações” (Giddens, 2002, p. 404).	Profissionalmente ativo Reformado/pensionista Desempregado Baixa Médica
Escolaridade	“implica a instrução de pessoas”, “aptidão para ler e escrever” (Giddens, 2002, p.483).	Não sabe ler nem escrever 1.º Ciclo do Ensino Básico 2.º Ciclo do Ensino Básico 3.º Ciclo do Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior

Variáveis de investigação - De modo a tornar as variáveis mais explícitas e com o intuito de estudar e tornar mensuráveis os dados recolhidos relativamente às variáveis de investigação, procedemos à sua operacionalização empírica e à sua categorização, permitindo uma melhor interpretação dos resultados (Tabela 2).

Tabela 2.
Operacionalização e categorização das variáveis de investigação

Variável	Operacionalização	Categorização
Grau de parentesco com o doente diabético	“laços de parentesco são relações entre indivíduos estabelecidas através do casamento ou por meio de linhas de descendência que ligam familiares consanguíneos” (Giddens, 2002, p.176).	Cônjuge Filho(a) Mãe/Pai Outro
Tipo de família	“grupo de pessoas unidas diretamente por laços de parentesco” (Giddens, 2002, p.176).	Nuclear Reconstruída Alargada Monoparental
Tempo de diagnóstico da DM	Início do diagnóstico da patologia e duração da doença até à data da recolha de dados.	0-10 anos 10-20 anos >20 anos
Capacidade para gerir (cuidar) a DM do seu familiar	Apoio na medicação, ajuda com a dieta, na prática de atividade física, controlo da glicemia, acompanhamento e participação nas consultas.	Sim Não
Apoio da família face aos cuidados que tem devido à DM	Apoio na adesão a um estilo de vida saudável; apoio psicológico; ajudar o familiar a aceitar a sua situação e a poder aprender a conviver com a doença.	Muito Bom Bom Suficiente Insuficiente

2.3.5. Instrumento de recolha de dados

Definido o problema e a amostra, o passo seguinte tem a ver com a recolha de dados, que é a presença fulcral de qualquer investigação (Coutinho, 2014; Fortin et al., 2009).

Segundo Vilelas (2009), um instrumento de recolha de dados “é qualquer recurso, que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação” (p.265).

Tendo em conta o tipo de estudo e a problemática em questão, o instrumento de colheita de dados selecionado foi o formulário (*Apêndice F*), construído pela investigadora, com a colaboração do orientador e com base na revisão da literatura.

Gil (2008) define formulário como “as questões formuladas oralmente pelo pesquisador” (p.121). Portanto, o que caracteriza o formulário “é o contato face a face entre pesquisador e informante e ser o roteiro de perguntas preenchido pelo entrevistador” (Lakatos & Marconi, 2003, pp. 212-213).

Segundo as mesmas autoras, a utilização do formulário como instrumento de medida apresenta inúmeras vantagens: pode ser utilizado em quase todo o segmento da população:

alfabetizados, analfabetos, populações heterogêneas, entre outros, uma vez que o preenchimento é realizado pelo entrevistador; presença do pesquisador, que pode explicar os objetivos da pesquisa, orientar o preenchimento do formulário e elucidar significados de perguntas que não estejam muito claras; flexibilidade, para adaptar-se às necessidades de cada situação e de cada informante; obtenção de dados mais complexos e úteis; uniformidade dos símbolos e linguagem utilizados, pois é preenchido pelo próprio pesquisador.

No entanto, o formulário apresenta também algumas desvantagens, salientando-se: a) possível limitação na liberdade de respostas, em virtude da presença do entrevistador; b) risco de distorções, pela influência do pesquisador; c) limitação no tempo para responder às perguntas; d) diminuindo a possibilidade de espaço para pensar; e) mais demorado, por ser aplicado a uma pessoa de cada vez; f) insegurança das respostas, por falta do anonimato; g) pessoas possuidoras de informações necessárias podem estar em localidades muito distantes, tornando a resposta difícil, demorada e dispendiosa.

O nosso instrumento de recolha de dados contém um conjunto de questões divididas em três partes: 1) caracterização da pessoa com DM2; 2) conhecimentos da pessoa com DM2 sobre a doença; e 3) processo de gestão da doença pelas famílias em estudo.

2.3.6. Questões éticas e procedimentos de recolha de dados

As investigações que envolvem dados de seres humanos têm de seguir os procedimentos em conformidade com a Declaração de Helsínquia, revista em 2013. Ou seja, quando se inicia uma investigação que envolve seres humanos, existem aspetos a ter em conta: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. Este estudo decorreu de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia (2013).

As comissões de ética da organização são comissões de profissionais que se encarregam de avaliar se os projetos de investigação que lhe são submetidos respeitam os direitos humanos, se estão em conformidade com os princípios éticos (Fortin et al., 2009).

Neste estudo procuramos cumprir todos os procedimentos formais e éticos. Foi garantido o carácter voluntário, consentimento informado e anonimato dos participantes. Para o efeito,

disponibilizou-se total esclarecimento dos objetivos do estudo, assim como o pedido livre e pessoal, de consentimento informado.

No sentido de garantir todo o respeito pelos aspetos formais e éticos da investigação, foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da ARSN (*Apêndice C*), ao Diretor Executivo do ACeS (*Apêndice D*), ao Coordenador da UCSP (*Apêndice E*) e o consentimento informado às famílias (*Apêndice F*). Todos estes pareceres foram obtidos favoravelmente.

O período de recolha de dados decorreu no período de 13 a 17 de junho de 2016, no domicílio de cada família, com a duração aproximada de 45 minutos. Optou-se por esta modalidade, uma vez que o domicílio é um ambiente recatado, mais calmo, permitindo aos participantes estarem mais à vontade para responderem ao formulário. A recolha de dados foi efetuada pela investigadora no domicílio das famílias, após agendamento com as mesmas.

2.3.7. Tratamento e análise de dados

Uma vez que a dimensão da amostra é muito reduzida, não houve necessidade de construir uma base de dados, num *software* específico para essa finalidade. Assim, para o tratamento de dados das questões quantitativas recorreremos apenas à estatística descritiva, tendo sido calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis em estudo.

Da informação recolhida através das questões abertas, do formulário, efetuamos a análise de conteúdo, sendo esta apontada como uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa qualitativa (Bardin, 2018). O termo “análise de conteúdo” designa “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2018, p.44).

Segundo a perspetiva da mesma autora, consiste numa técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for a natureza do seu suporte. Nessa análise, o investigador procura compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. Bardin (2018) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê as fases seguintes: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização e d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

Na fase da organização da análise, Bardin (2018) afirma que o investigador deverá sistematizar as ideias iniciais. Deverá fazer uma análise textual que implica conhecer inicialmente o material e criar familiaridade com ele, ou seja, deverá fazer uma leitura aprofundada para compreender cada conteúdo a partir de uma frase ou palavra do texto. É nesta etapa que surge o processo de seleção das frases ou palavras em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de algumas das modalidades de codificação para o registo dos dados. Com o material de estudo preparado, o investigador realiza a codificação, isto é, o investigador transforma os dados obtidos do texto em representações do conteúdo e assim obtém as características das mensagens. Esta representação simplificada dos dados implica a passagem dos dados em bruto a dados organizados que podem ser construídos em quadros com cada categoria. Desta forma o investigador cumpre as fases da codificação e categorização, essenciais para a obtenção dos resultados. Nesta fase, os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Assim, o investigador pode apresentar estatísticas, que possibilitem colocar em destaque as informações fornecidas pela análise.

Salientamos que foram estes os passos seguidos no presente estudo.

2.4. Apresentação dos resultados

Esta secção, encontra-se organizado em três subsecções: na primeira, procedemos à caracterização sociodemográfica da pessoa com DM2; na segunda, descrevemos os conhecimentos do portador de DM2 sobre a doença; na terceira, e última subsecção, apresentamos os resultados referentes ao processo de gestão da doença pela família.

A apresentação dos resultados foi efetuada através de tabelas, que permitiram uma melhor visualização e compreensão. A fonte foi omitida, uma vez que todos os dados são provenientes deste estudo.

2.4.1. Caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DM2

No que se refere à caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DMII (n=8), a maioria pertencia ao sexo masculino (62,5%), enquadrava-se no grupo etário com menos de 64 anos (62,5%), detinha o 1.º ciclo do ensino básico (75%) e encontrava-se na condição

perante o trabalho de ativo (62,5%). Em relação à caracterização familiar, tratava-se de uma família maioritariamente do tipo nuclear (75%) (Tabela 3).

Tabela 3.
Caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DM2

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	5	62,5
Feminino	3	37,5
Grupo etário		
≤ 64 anos	5	62,5
65-74 anos	2	25,0
75-84 anos	0	0
≥ 85 anos	1	12,5
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	1	12,5
1.º Ciclo do Ensino Básico	6	75,0
3.º Ciclo do Ensino Básico	1	12,5
Situação profissional		
Profissionalmente ativo	5	62,5
Reformado/pensionista	3	37,5
Tipo de família		
Nuclear	6	75,0
Alargada	1	12,5
Reconstruída	1	12,5
Total	8	100,0

2.4.2. Conhecimentos da pessoa portadora de DM2 sobre a doença

Procuramos conhecer qual o conceito de DM2 dos participantes. Analisando as respostas à questão aberta n.º 7, constatamos que os participantes expressaram um conjunto de conceções muito diversificado, mas que demonstram um completo desconhecimento acerca da doença e conceitos errados. Apenas dois dos participantes expressaram o mesmo conceito “doença do sangue hereditária”, que não tem fundamento científico. A maioria dos participantes considerou que a DM2 é uma doença séria e grave (n=7), estando por isso consciente da gravidade desta doença. No entanto, um dos participantes não concorda com a atribuição desta designação a esta doença.

Todos os participantes (n=8) expressaram a sua concordância, relativamente à associação positiva entre o controlo da doença e o seu nível de saúde, considerando que se a doença estivesse controlada, o seu nível de saúde melhoraria.

No que se refere às complicações da DM2, quatro dos participantes reportaram ter tido no decorrer da sua vida complicações relacionadas com a doença, tendo todos eles indicado a hipoglicemia e um desses participantes reportado ainda a retinopatia diabética.

Acerca da percepção do portador da doença sobre o conhecimento dos seus familiares e que convivem com ele no seu dia a dia, as respostas alternaram entre um conhecimento bastante bom (n=3) e um conhecimento médio (n=3). Apenas dois deles consideram que esse conhecimento era reduzido.

Relativamente ao apoio sentido pela própria pessoa com DM2, que a sua família lhe dava no autocuidado com a doença, a maioria dos utentes sentia-se apoiada, referindo “Muito” (n=4) ou “Bastante” (n=1) apoio. Contudo, três participantes consideraram esse apoio como “Muito Pouco”, tendo em conta as suas necessidades.

Quanto à atribuição da responsabilidade pelo tratamento e controlo da doença, verificamos que a opinião dos participantes está dividida entre a atribuição dessa responsabilidade ao profissional de saúde (n=4) e ao próprio (n=5). Apenas um dos participantes envolveu também a família na partilha desta responsabilidade. Nesta questão houve dois participantes que reportaram duas opções de resposta (Tabela 4).

Tabela 4.

Conhecimentos da pessoa portadora de DM2 sobre a doença

Variável	n	%
O que é para si a DM?		
Doença de sangue hereditária (f1; f6)	2	25,0
Não é nada de importante (f7)	1	12,5
Ter cuidado com a alimentação (f4)	1	12,5
Grande “chatice” (f3)	1	12,5
Doença como outra qualquer (f8)	1	12,5
Doença que impede muitas coisas (f5)	1	12,5
Sangue gordo (f2)	1	12,5
Considera que a DM é uma doença séria e grave?		
Sim (f1; f5; f6; f7)	4	50,0
Muito grave (f2; f3)	2	25,0
Grave é preciso cuidado (f4)	1	12,5
Não, controla-se bem (f8)	1	12,5
Considera que se a DM estiver controlada o seu nível de saúde melhora?		
Sim (f1; f2; f3; f4; f5; f6; f7; f8)	8	100,0
Tipos de complicações		
Hipoglicémia	3	37,5
Retinopatia Diabética	1 (+1 Hipog)	12,5
Sem complicações	4	50,0
As pessoas que convivem consigo no dia a dia sabem o que é a DM?		
Bastante	3	37,5
Muito	0	0
Médio	3	37,5
Pouco	2	25,0
Muito pouco	0	0
Como classificaria o apoio que a família lhe dá relativamente aos cuidados que tem que ter devido à diabetes?		
Bastante	1	12,5
Muito	4	50,0
Médio	0	0
Pouco	0	0
Muito pouco	3	37,5
Quem é o principal responsável pelo tratamento e controlo da diabetes?		
Profissional de Saúde	2	25,0
Família	1 (+1 PS)	12,5
O Próprio	5 (+1 PS)	62,5
Outro	0	0
Total	8	100

Procuramos conhecer a opinião da pessoa portadora da DM2 quanto à interferência da DM2 na rotina diária e 87,5% afirmou que a doença interfere na sua rotina diária. Relativamente à forma como a DM2 interfere na rotina diária do doente, os utentes responderam de diversas formas. O maior grupo (n=3) associou a interferência à necessidade de cuidados com a dieta, tendo mais duas pessoas mencionado a questão da alimentação quanto à frequência. A citação que melhor expressou esta categoria é: “porque tenho que ter cuidado com o que vou comer” (Tabela 5).

Tabela 5

Forma como a DM2 interfere na rotina diária

Categoria	Subcategoria	n	%
De que forma a DM2 interfere na sua rotina diária?	Cuidado com a dieta (f2; f3; f4)	3	37,5
	Problemas de saúde (f6; f8)	2	25,0
	Fazer caminhadas (f5)	1	12,5
	Ter de levar sempre alguma coisa para comer, quando não está em casa (f1)	1	12,5
	Comer mais vezes ao dia (f5)	1	12,5
Total		8	100

2.4.3. Gestão da doença pela família

Procuramos conhecer qual o grau de parentesco do familiar com a pessoa portadora de DM2, tendo-se verificado que, na maioria das situações (n=6, 75%), era o cônjuge. Questionámos há quantos anos é que o familiar dos participantes tinha DM2, tendo-se apurado que, em quatro casos (50,0%), o familiar possuía DM2 entre os 10-20 anos, um período de tempo já considerável (Tabela 6).

Tabela 6.

Grau de parentesco com o familiar portador de DM2 e anos de diagnóstico da doença

Variável	n	%
Grau de parentesco com o familiar com DM2		
Cônjuge	6	75,0
Filho(a)	1	12,5
Outro	1	12,5
Há quantos anos o seu familiar tem DM2?		
0-10 anos	1	12,5
10-20 anos	4	50,0
>20 anos	3	37,5
Total	8	100

Verificamos que 50% dos inquiridos sentia-se com capacidade para gerir a doença do familiar, sendo que os outros 50% referem não se sentir capaz de o fazer, apesar de serem uma parte ativa do processo, e participarem em atividades específicas. Constatamos que a maioria dos participantes (n=3) referiu que o seu familiar aceitou bem o seu diagnóstico da DM2, alegando que esta é uma patologia semelhante a outras, tendo apenas que se seguir os conselhos dos profissionais de saúde, para que se possa ter uma vida normal. Por sua vez, dois participantes admitiram que ficaram preocupados, porque tinham a noção de que se tratava de uma doença que se não for bem controlada tem consequências muito graves, tendo, inclusive, um participante referido que “a parte da hemodiálise preocupa-me”. Um dos inquiridos reportou que ficou triste, uma vez que “não se trata de uma doença fácil, porque é uma doença

silenciosa”. No entanto, dois dos familiares referiram que reagiram mal, não aceitando o diagnóstico, porque tinham a noção de que o seu familiar iria ter uma vida diferente, estar sempre a ser vigiado e por se tratar de uma doença limitante em vários aspetos (Tabela 7).

Tabela 7.

Reação da família da pessoa portadora de DM2

Categoria	Subcategoria	n	%
Como reagiu quando soube que o seu familiar tinha DM2?	Aceitação (f1; f2; f5)	3	37,5
	Negação (f3; f4)	2	25,0
	Tristeza (f6)	1	12,5
	Preocupação (f7; f8)	2	25,0
Total		8	100

Constatamos que 50% dos familiares (n=4) realizava a monitorização do valor de glicemia capilar, sendo que, desses, apenas um considerava, inicialmente, que não tinha capacidade para cuidar do familiar. Em relação à vigilância dos pés, apenas 25% dos familiares o realizava, sendo a intervenção menos realizada de todas as questionadas. Relativamente à preparação ou administração da medicação, 62,5% (n=5) dos familiares refere fazê-lo, sendo que, desses, dois elementos, sentiam-se, na questão anterior, incapazes de cuidar do utente com DM2. No que concerne à realização de atividade física, a maioria (87,5%, n=7) refere apoiar e incentivar o seu familiar a realizá-la, sendo a atividade com maior participação. Em relação à dieta, verificamos que 62,5% (n=5) dos familiares executa a tarefa de preparação e confeção dos alimentos, sendo que, um desses elementos, apesar de não se sentir capaz de cuidar da DM do seu familiar, realiza esta tarefa, tão importante na gestão terapêutica do utente.

Dos vários componentes importantes no tratamento/gestão da DM2, os familiares referiram como maior dificuldade no apoio ao membro portador de DM2, a monitorização da glicemia capilar (n=5), logo, seguida pela preparação/confeção da dieta recomendada (n=4). Apenas dois participantes referiram o apoio na medicação como a sua maior dificuldade. A citação mais expressiva das subcategorias é “porque não tenho máquina para picar os dedos e também não posso ir andar a pé com ele...já fui operada duas vezes ao joelho, porque tenho problemas nos ossos e os filhos têm a vida deles, temos que ser nós a cuidar de nós” (Tabela 8).

Tabela 8.

Dificuldades dos familiares na gestão terapêutica da DM2

Categoria	Subcategoria	n
Dificuldade no apoio a pessoa portadora de DM2	Dieta (f3; f5; f7; f8)	4
	Medicação (f4; f5)	2
	Exercício físico (f2; f4; f6)	3
	Cuidados aos pés (f4; f5; f8)	3
	Monitorização da glicemia capilar (f1; f2; f4; f5; f6)	5
	Nenhum	0

Os motivos que o familiar do portador da DM2 apresentou como causadores de dificuldades, no apoio ao familiar diabético, mais emergentes foram ter de confeccionar uma comida diferente (n=2) e falta de apoio por familiares diretos. Todos os outros motivos só foram mencionados por um familiar (Tabela 9).

Tabela 9.

Motivo da dificuldade em prestar apoio

Categoria	Subcategoria	n
Motivo da dificuldade em prestar apoio	Ter de confeccionar uma comida diferente	2
	Falta de apoio por parte de familiares diretos (filhos e marido/companheira)	2
	Convencer o familiar a mudar os hábitos alimentares	1
	Não ter saúde para acompanhar o familiar nas caminhadas	1
	Receio de picar os dedos	1
	Não ter o tempo desejado para acompanhar mais o familiar	1
Total		8

2.5. Discussão dos resultados

Nesta secção procede-se à discussão dos resultados, alicerçada pela evidência científica que consolida a interpretação e perspetivas dos participantes. Recorremos a estudos de preferência realizados a nível nacional e a nível internacional, que tenham utilizado a mesma metodologia e autores da área da enfermagem de saúde familiar.

Será organizada em três subcapítulos, seguindo a mesma sequência da apresentação dos resultados: quanto à caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DM2, quanto aos conhecimentos da pessoa com DM2 sobre a doença e quanto à gestão da doença pelas famílias em estudo.

2.5.1. Quanto à caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de DM2 das famílias em estudo

No presente estudo observamos a predominância do sexo masculino na amostra (62,5%). Esta predominância do sexo masculino era esperada, uma vez que as estatísticas apresentadas sobre a DM em Portugal (DGS, 2017), indicam que 12,1% dos diabéticos são do sexo masculino e 7,7% do sexo feminino. No que diz respeito ao grupo etário, os resultados do presente estudo não vão ao encontro dos dados apresentados no referido documento (DGS, 2017), uma vez que este refere que a maioria dos portadores de DM2 tem uma idade compreendida entre os 65 e os 74 anos (23,8%), o que não se verifica na nossa amostra, em que a maioria da população estudada apresenta uma idade inferior a 65 anos (62,5%). A explicação que pode ser dada para este facto, relaciona-se com a técnica de amostragem, que sendo não aleatória e de conveniência, pode não ser representativa da população. Relativamente à escolaridade, os dados obtidos no nosso estudo, estão novamente de acordo com a literatura. Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2016) no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (2015), a maior prevalência de DM verifica-se na população analfabeta ou com baixa escolaridade, com 1º ciclo (20,1%), indo de encontro ao verificado no nosso estudo, em que 75% dos inquiridos possuía o 1º ciclo de escolaridade. O mesmo estudo refere que a maioria dos portadores de DM não tinha atividade profissional (20,6%), contrariando o verificado no nosso estudo, em que 62,5% estava ainda profissionalmente ativa. Um dos fatores justificativos para esta diferença reside no facto da maioria da amostra pertencer ao grupo etário menor ou igual a 64 anos, encontrando-se em idade ativa.

Relativamente ao tipo de família, verificamos que os dados obtidos estão em consonância com o referido pela bibliografia (André et al., 2010, ao citar Duarte, 2001), em que o autor afirma que se tem verificado sucessivas modificações estruturais nas famílias, sendo as famílias nucleares cada vez mais frequentes. No nosso estudo, este tipo de famílias representou três quartos da amostra (75%).

2.5.2. Quanto ao conhecimento da pessoa portadora de DM sobre a doença

Segundo Grilo, Sousa e McIntyre (2008), verifica-se que os diabéticos possuem conhecimentos razoáveis ou bons, nas várias dimensões da patologia, contrariando o

verificado no nosso estudo, em que todos os participantes demonstraram não possuir um conceito bem definido sobre a doença. De referir que, na nossa amostra, apesar de não se ter verificado uma noção bem fundamentada acerca da DM, todos reconheceram a importância do controlo da mesma, como um contributo substancial para um melhor estado de saúde. Estes dois aspetos sugerem a necessidade de se investir mais junto das pessoas portadoras DM2 e dos seus familiares, explicitando-lhes em que consiste a DM e capacitá-los para a gestão da doença. Também Grilo et al. (2008) referem que o fornecimento de informação é um aspeto essencial para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, e desta forma enfrente as dificuldades e incertezas e mantenha a sua autonomia.

Relativamente às complicações da doença, os dados obtidos no nosso estudo vão ao encontro do referido pela bibliografia, no que concerne às complicações agudas. Segundo Gallego e Caldeira (2007), a complicação mais frequente é a hipoglicemia, tal como o apresentado no nosso estudo, em que 37,5% dos participantes refere a existência dessa complicação. Em relação às complicações crónicas, verificamos que 12,5% da amostra apresentava retinopatia diabética, facto corroborado por H. Santos (2016), no seu estudo em que essa complicação foi a mais frequente nas pessoas portadoras de DM, existindo em 33,7% dos doentes. No nosso estudo, não se verificam mais complicações agudas, facto que pode estar associado à predominância do grupo etário dos ≤ 64 anos na amostra, uma vez que, a bibliografia refere uma taxa de presença de complicações crónicas de 57,4%, contrariando os dados obtidos, em que apenas 12,5% da amostra refere a existência de complicações.

Em relação à perceção que a pessoa com DM2 tem sobre o apoio da sua família, 50% dos inquiridos refere ter muito apoio e 12,5% bastante. Estes dados obtidos, corroboram o referido pela bibliografia, reforçando a importância que a família desempenha, cujo envolvimento e participação nos cuidados a prestar ao familiar, está associado a uma maior adesão e melhor gestão do regime terapêutico (Correia, 2007). Contudo, destaca-se que a maioria dos inquiridos refere como principal responsável pelo tratamento e controlo da DM o próprio (62,5%), tendo apenas um dos participantes referido a família como principal responsável. Este dado está de acordo com o referido pela bibliografia, em que 39,68% dos utentes com DM refere que tem conhecimentos suficientes para fazer as melhores escolhas no autocuidado com a sua doença (H. Santos, 2016).

De destacar, ainda, a importância atribuída pelos inquiridos à interferência que a patologia apresenta na rotina diária, como refere a SPD (2011), que relaciona os problemas associados à DM com um inevitável impacto, substancial na qualidade de vida dos portadores da doença.

2.5.3. Quanto à gestão da doença pela família

O processo de cronicidade, como a diabetes, num dos membros da família afeta emocionalmente todos os elementos (Ribeiro, 2007). Segundo a mesma autora, a resposta da família perante o diagnóstico, assume-se como um evento traumático, manifestado por “um período de negação” (p.303) e acrescenta que, “os padrões familiares são modificados para sempre e os papéis e tarefas familiares são habitualmente alterados” (p.304). Este impacto ficou também demonstrado no nosso estudo, em que 62,5% dos familiares associou o momento do diagnóstico da DM a sentimentos de negação, tristeza e preocupação.

Outros autores referem ainda que a DM2, exige assim uma adaptação ao nível psicológico, social e físico, o que torna mais patente a necessidade da interação da família em todo esse processo. Neste sentido, Zanetti, Biagg, Santos, Péres e Teixeira (2008) referem que o suporte familiar é um elemento chave, porquanto é um aliado para a aquisição de orientações de saúde adequadas no processo de gestão da doença. À semelhança do referido por estes autores, no nosso estudo confirmamos a necessidade de adaptação por parte da família, uma vez que esta se constitui como um elemento ativo no processo de gestão terapêutica, nas mais diversas atividades, como monitorização da glicemia, preparação e administração de medicação, preparação da dieta, entre outros.

Esta adaptação da família é essencial para uma adequada transição saúde/doença por parte da pessoa com DM2. Contudo, constitui-se como uma vivência marcada por dúvidas e dificuldades, facto, evidenciado no nosso estudo, em que todos os inquiridos referem alguma dificuldade nos vários componentes importantes no tratamento/gestão da DM2.

Face a estes resultados obtidos, importa ressaltar que o apoio familiar à pessoa com diabetes é indispensável, pois é, muitas vezes, com o apoio da família que o doente consegue enfrentar as contrariedades e perceber a importância da adesão ao tratamento para o bem-estar pessoal e familiar. Este facto, é realçado por Ribeiro (2007), quando destaca a importância do impacto da funcionalidade familiar no processo da doença crónica, como a DM2. Esta autora, verificou uma relação entre o bom controlo metabólico da DM e o apoio familiar,

especificando aspetos como o regime terapêutico e a dieta, essenciais se a família tiver um adequado envolvimento.

No entanto, o facto da maioria das famílias ser do tipo nuclear, ocasiona modificações nos papéis desempenhados pelos seus membros, o que pode dificultar a participação da família na assistência aos seus membros mais vulneráveis, como é o caso das pessoas portadoras de DM2 (André et al., 2010, ao citar Duarte, 2001).

2.6. Conclusões

Após uma análise aprofundada aos resultados e discussão do estudo realizado, no âmbito do estágio, estamos agora em condições de apresentar um conjunto de conclusões.

O estudo realizado no âmbito do referido estágio permitiu-nos caracterizar o perfil dos participantes, que pode dizer-se ser um indivíduo do sexo masculino, pertencente ao grupo etário dos adultos com menos de 64 anos, deter uma baixa escolaridade e pertencer à população ativa. A família era predominantemente nuclear.

A totalidade dos participantes do estudo não demonstrou possuir um conceito adequado da doença, embora estivesse consciente da sua gravidade. Este facto pode dificultar a qualidade de gestão da doença, por parte do membro portador de DM2 e das famílias.

Assim, este resultado também poderá estar associado ao facto dos participantes estarem divididos quanto à responsabilidade pelo tratamento e controlo da doença, em que metade atribuía essa responsabilidade ao profissional de saúde e a outra ao próprio.

Metade das famílias dos participantes portadores de DM2 não se sentia capaz de participar na gestão da doença do familiar, aspeto com grande relevância, uma vez que essa participação abrange cuidados como a monitorização da glicemia capilar, vigilância dos pés, preparação e administração de medicação, atividade física e dieta.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos membros da família, no apoio à gestão da doença do seu familiar emergiram como maiores dificuldades a monitorização da glicemia capilar, a adoção da dieta e os cuidados aos pés. Salientamos que todos estes aspetos podem se trabalhados pelo enfermeiro de família no âmbito de EpS.

As principais limitações deste estudo relacionam-se com o facto de a amostra ser de reduzida dimensão e não representativa da população, o que inviabilizou a utilização de inferências estatísticas e por se tratar de um estudo transversal.

A realização de um estudo longitudinal com intervenção, permitiria avaliar o efeito das mesmas. No entanto, face ao limite temporal do estágio, tal não foi possível.

No que se refere a investigações futuras, sugere-se estudar as interações e as relações entre outras variáveis que não as estudadas e as suas repercussões no cuidado prestado ao doente diabético.

Comprometemo-nos a devolver os resultados deste estudo ao contexto onde o mesmo foi realizado (US) para funcionar como diagnóstico de situação que permita, intervenções de enfermagem mais ajustadas e adequadas às necessidades dos utentes portadores de DM2 e suas famílias, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem especificamente em enfermagem de saúde familiar. Poderá, ainda, contribuir para alertar os enfermeiros de família no processo de gestão desta doença.

Gerir a DM2 requer do doente, da família e dos enfermeiros, esforços conjuntos para que haja uma adequada gestão da patologia, por forma a minimizar ou prevenir futuras complicações. Quanto maior for o acesso da família à informação e ao conhecimento sobre a DM, maior será a sua capacidade de interiorizar e de realizar ações competentes, que se irá refletir na melhoria do cuidado prestado ao familiar.

SÍNTESE CONCLUSIVA

O conjunto de atividades realizadas e experiências vivenciadas durante o referido estágio, permitiu-nos desenvolver um conjunto de competências comuns aos Enfermeiros Especialistas e especificamente as competências na área da Enfermagem de Saúde Familiar, nomeadamente, cuidar da família como unidade de cuidados e presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo da vida, ao nível de prevenção primária, secundária e terciária, que nos permitem adquirir o título de EEESF. Tendo em conta a matriz de competências definidas pela OE, para o EEESF relacionámos cada uma das atividades realizadas com as competências desenvolvidas.

Foram apresentados e discutidos os resultados obtidos com a realização do estudo empírico e elencadas as principais conclusões que dele emergiram. Salientamos que a totalidade dos participantes do estudo não possuía um conceito adequado da doença, embora estivessem conscientes da sua gravidade, metade das famílias dos participantes portadores de DM2 não se sentia capaz de participar na gestão da doença do familiar e as principais dificuldades sentidas pelos membros da família, no apoio à gestão da doença do seu familiar foram a monitorização da glicemia capilar, a adoção da dieta e os cuidados aos pés.

Numa doença complexa como a Diabetes, a família assume um papel fundamental e indispensável. Assim, importa ressaltar que os familiares de pessoas com DM necessitam ter bons conhecimentos e capacidades para os pôr em prática, o que exige educação e um grupo de profissionais de saúde bem treinados e motivados, uma área onde o enfermeiro de família assume um papel relevante. É importante que se promova *empowerment* de modo a que os familiares cuidadores de doentes com DM possam participar ativamente na gestão da patologia, o que apenas será possível através de uma grande parceria com os profissionais de saúde, no caso concreto com o enfermeiro de saúde familiar, para que este lhe proporcione os “instrumentos” necessários, para que possa implementá-los no quotidiano, com resultados benéficos para o bem-estar do familiar doente e para garantir a sua própria qualidade de vida.

Sugerimos que os Enfermeiros de Saúde Familiar, durante a realização da EpS, dirigida aos utentes e suas famílias, possam trabalhar o conceito de DM e as principais dificuldades sentidas para conseguir tornar os seus membros mais autónomos no autocuidado. Considera-se importante que se deixe unicamente de focar a doença, mas que passe a focar a pessoa

numa visão holística, para que se possa ajudar os familiares dos diabéticos a tornarem-se cuidadores e que os enfermeiros sejam um suporte de apoio.

Face a estes resultados e sabendo-se que a DM é uma doença complexa e com um tratamento multifacetado, que impõe a intervenção da própria pessoa e da família, é fundamental que se intervenha junto desta díade no sentido de se prevenirem as complicações a longo prazo, o que requer, por parte dos enfermeiros, o desenvolvimento de esforços na educação da pessoa com diabetes e da família.

Termina-se com a certeza que este trabalho contribuiu para a ampliação, de forma notória, do corpo de conhecimentos e competências desenvolvidas da sua autora, o que se reconverterá, no futuro, numa atuação profissional de carácter especializado, no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Tâmega. (2017). *Perfil local de saúde 2017*. Disponível em http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/PeLS2017_A9_BaixoTamega.pdf
- Alarcão, M. (2005). *(Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, A. N. (2005). O que as famílias fazem à escola... pistas para um debate. *Análise Social*, 40(176), 579-593. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218710842P9vGE5tp9Ho38KB0.pdf>
- Almeida, J. P, Pereira, M. G., & Fontoura, M. (2012). Variáveis individuais e familiares na adesão ao tratamento, controle metabólico e qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1. *Revista SBPH* 15(1), 59-82.
- Altholff, C. R., Elsen, I., & Laurindo, A. C. (1998). Família: O foco na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 7(2), 320-327.
- American Diabetes Association. (2001). Gestational diabetes mellitus. Clinical practice recommendations 2001. *Diabetes Care*, 24(Suppl 1), S77-9.
- André, S., Cunha, M., & Rodrigues, V. M. C. P. (2010). Família enquanto entidade cuidadora... *Millenium*, 39, 131-134.
- Associação Protetora de Diabéticos de Portugal. (2013). *Educação terapêutica*. Lisboa: Autor.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: Participação das esposas no plano educacional*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654>.
- Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf
- Carrilho, F. (2012). A individualização do tratamento da diabetes tipo 2 de acordo com o recente consenso ADA/EASD. *Diabétika*, 3.

- Chen, L., Magliano, D. J., & Zimmet, P. Z. (2012). The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus: Present and future perspectives. *Natura Reviews Endocrinology*, 8(4), 228-236. doi: 10.1038/nrendo.2011.183
- Cheraghi, F., Shamsaei, F., Mortazavi, S. Z., & Moghimbeigi, A. (2015). The effect of family-centered care on management of blood glucose levels in adolescents with diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(3), 177-186. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Classificação internacional para a prática de enfermagem. CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, C. S. L. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 658-671.
- Declaração de Helsínquia. (2013). *Declaração de Helsínquia: Princípios éticos na investigação médica envolvendo seres humanos: Versão atualizada*. Disponível <http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Dezembro/PrincEticInvestMed.pdf>
- Decreto-Lei n.º 11-A/2013*, de 28 de janeiro. Reorganização administrativa do território das freguesias. Diário da República, 19. Suplemento, Série I. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/373798/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 28/2008*, de 22 de fevereiro. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República 38, Série I. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007*, de 12 de setembro. Regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República, 161. Série I. Disponível em https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/640665/details/normal?p_p_auth=18Uohk7F
- Decreto-Lei n.º 115/2013*, de 7 de agosto. Procede à terceira alteração ao DL n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 11.º a 17.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (LBSE). Diário da República, 151. Série I. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/498487/details/maximized>

- Despacho Normativo n.º 9/2006*, de 16 de fevereiro. Aprova o regulamento para lançamento e implementação das unidades de saúde familiar. Diário da República, 34. Série I-B.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma nº 002/2011: Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes, 2008-2017*. Lisboa: Autor.
- Duarte, R., Melo, M., & Nunes, J. S. (2015). Recomendações nacionais da SPD para o tratamento da hiperglicemia na diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10 (1), 40-48.
- Dunkley, A. J., Bodicoat, D. H., Greaves, C. J., Russell, C., Yates, T., Davies, M. J., & Khunti, K. (2014). Diabetes prevention in the real world: Effectiveness of pragmatic lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes and of the impact of adherence to guideline recommendations: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 37(4), 922-933. doi:10.2337/dc13-2195
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Estudo sobre as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados de saúde personalizados*. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final.pdf
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). *Mini Mental State Test*. Disponível em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8657/7/MMSE%20-%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franz, M. J. (2002). Terapia clínica nutricional no diabetes melito e hipoglicemia de origem não diabética. In L. K. Mahan & S. Escott-Stump, *Krause alimentos, nutrição & dietoterapia* (10a ed., cap. 34, pp. 718-755). São Paulo: Roca.
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (3a ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Gallego, R., & Caldeira, J.. (2007). Complicações agudas da diabetes mellitus. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 565-575.

- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento.
- Giddens, A. (2002). *Sociologia* (3a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Grilo, M. R. M., Sousa, C., & McIntyre, T. (2008). Conhecimento do diabético sobre a doença e a repurcursão no tratamento. *Revista Brasileira em Prooção da Saúde*, 21(4), 281-289. Disponível em <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/574/2238>
- Hanson, S. M. H. (2005). Avaliação e intervenção familiar. In S. M. H. Hanson, *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2a ed., cap. 8, pp. 181-206). Loures: Lusociência.
- Instituto Geográfico Português. (2013). *Relatório de atividades*. Disponível em <http://www.igeo.pt/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&inOcorrCod=0008273&selTab=tab0&xlang=pt
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). *1º Inquérito nacional de saúde com exame físico (INSEF 2015): Relatório metodológico*. Lisboa: Autor.
- International Council of Nurses. (2010). *Informed patients. Position statement*. Disponível em <http://www.icn.ch/psinfopatients03.htm>
- International Diabetes Federation. (2012). *Choosing to take control in type 2 diabetes*. Disponível em <http://www.idf.org/webdata/docs/ChooseControlReport.pdf>.
- International Diabetes Federation. (2013). *IDF diabetes atlas*. Disponível em http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Lisboa: Edições ASA.
- Leal, M. C. F. (2014). *Outra forma de olhar a diabetes: Dificuldades e expetativas de doentes e familiares em relação aos apoios sociais*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26799/1/TESE%20-%20Margarida%20Leal.pdf>
- Lei nº 156/2015*, de 16 de setembro. segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 181. Série I.

- Liao, E. P. (2012). Management of type 2 diabetes: New and future developments in treatment. *American Journal of Medicine*, 125(10), S2-3. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.05.008
- Mayberry, L. S., Kripalani, S., Rothman, R. L., & Osborn, C. Y. (2011). Bridging the digital divide in diabetes: Family support and implications for health literacy. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 13(10), 1005-1012. doi:10.1089/dia.2011.0055
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 35(6), 1239-1245. doi:10.2337/dc11-2103
- Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 9, 12-28.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing development & progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. doi:10.1016/0029-6554(94)90045-0
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N. A., Kroon, L., & Janson, S. L. (2011). Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(1), 1-9. doi:10.1016/j.diabres.2011.02.002
- Natah, D. M. (2002). Initial management of glycemia in type 2 diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 347(17), 1342-1347. doi: 10.1056/NEJMcp021106
- Nunes, M. F. M. S. (2016). *Enfermeiro de família como cuidador privilegiado de famílias de pessoas com feridas no domicílio: Perspetiva do enfermeiro*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro.
- Olokoba, A. B., Obateru, O. A., & Olokoba, L. B. (2012). Type 2 diabetes mellitus: A review of current trends. *Oman Medical Journal*, 27(4), 269-273. doi: 10.5001/omj.2012.68
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Autor.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts and practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Medicamentos essenciais e tecnologias sanitárias fundamentais no quadro das doenças não transmissíveis: Em prol de um conjunto de acções destinadas a melhorar o seu acesso em condições equitativas nos Estados-Membros*. Disponível em http://www.who.int/nmh/events/essential_medicines_2jul15_portuguese.pdf.

- Peixoto, V., Nogueira-Silva, C., Bulhões, C., Ferreira, D., & Magalhães, M. J. (2006). Qualidade do controlo da diabetes mellitus tipo 2 numa amostra de utentes do Centro de Saúde de Braga. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 571-582.
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Portaria n.º 1368/2007*, de 18 de outubro. Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República, 201. Série I.
- Regufe, V. M. G. (2017). *Autogestão no doente diabético: Papel do enfermeiro na promoção da autonomia*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18944/1/Tese.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011*, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 35. Série II.
- Regulamento n.º 126/2011*, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Diário da República, 35. Série II.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, C. (2007). *Família, saúde e doença. O que diz a investigação*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 299-306.
- Rosland, A. M., Heisler, M., Choi, H. J., Silveira, M. J., & Piette, J. D. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: Do family members hinder as much as they help? *Chronic Illness*, 6(1), 22-33. doi:10.1177/1742395309354608.
- Rossi, V. (2005). *Suporte social familiar de pessoas adultas com diabetes tipo 2*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em <http://www.universia.com>.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225. doi:10.1016/j.outlook.2008.10.004
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Policy for action*. Geneva: World Health Organization.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.

- Santos, H. I. M. (2016). *Avaliação de conhecimentos, empoderamento e qualidade de vida em pessoas com diabetes tipo 2*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico do Porto.
- Santos, M. J., Monteiro, M., Pereira, P., Freitas, M., & Marques, O. (2014). Padrão terapêutico numa população de diabéticos tipo 2: Relação com o tempo de doença e nível de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Endocrinologia e Diabetes e Metabolismo*, 9(1), 15-20.
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S., & Cook, S. (2004). *Métodos de pesquisa nas relações sociais: Vol. 1. Delineamentos de pesquisa*. São Paulo: EPU.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. *Revista Referência*, 2 (Série 2), 33-41.
- Silva, L., & Figueiredo, M. (2006). Cuidar a família: Um compartilhar de experiências luso-brasileiras. In *9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem* (pp. 22-32). Lisboa: APE.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2011). *Grupo de estudo diabetes e gravidez: Atividades do grupo de estudos de diabetes e gravidez da Sociedade Portuguesa de Diabetologia*. Disponível em [http://www.spd.pt/images/gruposestudo/5-Actividades ja realizadas2.pdf](http://www.spd.pt/images/gruposestudo/5-Actividades%20ja%20realizadas2.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2013). *Diabetes: Factos e números 2013: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Autor.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2015). *Definição, diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. Disponível em http://www.spd.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=58&Itemid=159
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes: Factos e números - o ano de 2015. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J., & Martins, T. . (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: Influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, 8 (Série 2), 59-67.
- Spirduso, W. W. (2002). *Dimensões físicas do envelhecimento*, Barueri, SP: Manole.
- Sutherland, J. E., Hoehns, J. D. O'Donnell, B., & Wiblin, R. T. (2001). Diabetes management quality improvement in a family practice residency program. *Journal of the American Board of Family Practice*, 14(4), 243-251.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Teixeira, R. S. (2015). *Protocolo de atuação de admissão e alta de doentes num recobro cirúrgico: Precioso ou prescindível?* Relatório de Trabalho de Projeto não publicado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10688>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Weinger, K., & Carver, C. (2009). *Educating your patient with diabetes*. Boston: Humana Press.
- World Health Organization. (2003). *Screening for type 2 diabetes. Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting*. World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Management. Geneva. Disponível em http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_mnc03.pdf
- World Health Organization. (2015). *Diabetes. Key facts*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2008). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (4a ed.). Rio de Janeiro: Roca.
- Zanetti, M. L., Biagg, M. V., Santos, M. A., Péres, D. S., & Teixeira, C. R. (2008). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 186-192. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>
- Zhou, Y., Liao, L., Sun, M., & He, G. (2013). Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 5(4), 1137-1142. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23599736>

APÊNDICES

Apêndice A

Pedido de Parecer à Comissão de Ética da ARSN

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Directivo,
da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Margarida Isabel da Silva Pinheiro, filha de Joaquim Ferreira Pinheiro e de Maria Fernanda da Silva Pereira Pinheiro, natural da Freguesia de Ariz, Concelho do Marco de Canaveses, nacionalidade Portuguesa, portadora do Cartão de Cidadão n.º 10675270, com o número de identificação fiscal 200358251, residente na Rua do Corgo, nº 44, Ariz, código postal 4625-022 – Ariz – Marco de Canaveses com Licenciatura em Enfermagem e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, a decorrer na Escola de Enfermagem de Vila Real, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para desenvolver um trabalho de investigação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marco de Canaveses, que se destina ao relatório de estágio de candidatura a grau de Mestre.

O estudo que pretende desenvolver tem por objetivo aprofundar os conhecimentos sobre a “Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 pelas Famílias” relativamente, à forma como as famílias participam no processo de gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), de que forma a família contribui para a gestão eficaz do regime terapêutico, em membros portadores da DM2 e identificar as dificuldades sentidas pela família no apoio à gestão da doença de um dos seus membros. Assim, para a concretização dos objetivos do presente estudo recorrerá à entrevista, com um guião elaborado pela própria aluna de Mestrado.

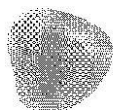
Compromete-se ao sigilo e anonimato das respostas, bem como à divulgação dos resultados na respetiva Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Atenciosamente,

Pede deferimento,

Ariz, 01 de Outubro de 2015

Margarida Isabel da Silva Pinheiro
(Margarida Isabel da Silva Pinheiro)



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 07. Junho.2016

INFORMAÇÃO Nº 053/2016

Nº <Processo> <Registo>

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

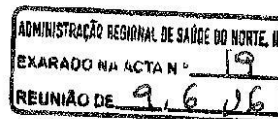
DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 62/2016

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 62/2016 sobre o Estudo "Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 pelas famílias: numa Unidade de Cuidados de Saúde personalizados na região do Baixo Tâmega", aprovado na reunião de 3 de maio de 2016, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)



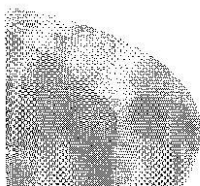
DELIBERADO CONCORDAR

2016.06.15

Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.

Rita Moreira
Vice-Presidente do CD

Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C.D.



Rua Santa Catarina, 1283 Tel. 220 411 006 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4100-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 62/2016

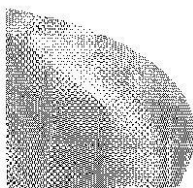
**Sobre o estudo T506 – “Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 pelas Famílias numa
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região do Baixo Tâmega”**

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T506, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao estudo “Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 pelas Famílias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região do Baixo Tâmega” cuja investigadora é Margarida Isabel da Silva Pinheiro, enfermeira na unidade de cuidados continuados do Hospital Santa Isabel da Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses e aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar. Este estudo é desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular: Estágio, inserido no plano de estudos do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, do consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança, da Universidade de Aveiro e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, no ano letivo de 2015/2016, sob orientação científica do Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho e da Professora Doutora Maria Alice Rodrigues dos Mártires. Este estudo será realizado numa UCSP da Região do Baixo Tâmega.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, currículo da investigadora, consentimento informado, declaração de orientador do estudo, declaração do pedido de autorização ao Coordenadora da USF onde se realizará o estudo, declaração do compromisso da investigadora para entregar à CES o Relatório final, instrumento de recolha de dados, e declaração de anonimização e uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo.

1. Trata-se de um estudo de investigação-ação, utilizando uma abordagem qualitativa, visando a obtenção de resultados quer na vertente da “ação”, pretendendo-se obter mudança nos elementos da amostra, relativamente à gestão da DM2, quer na vertente



Alencar

da "investigação" no sentido de aumentar a compreensão da referida gestão. A população sobre a qual este projeto incide são as famílias de membros portadores da DM2, de uma UCSP da Região do Baixo Tâmega. A amostra, será não probabilística, por conveniência, por ser um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido e que respeitem os critérios de inclusão estabelecidos

2. A recolha de dados será realizada através da aplicação de um Formulário construído pela investigadora. Este instrumento será construído com um conjunto de questões abertas e fechadas e será dividido em três partes: uma parte inicial de caracterização da família e do entrevistado, a segunda parte destinada ao conhecimento sobre a doença e a terceira parte destinada a avaliar o processo de gestão da doença pela família. O primeiro contacto com os participantes no estudo, foram realizados pela enfermeira orientadora de estágio. Uma vez que o estudo é de cariz qualitativo, será feita uma análise de conteúdo. Alguns dados e resultados pertinentes para as questões de investigação colocadas, serão apresentados, através de tabelas e gráficos, nos quais se omite a fonte, dado que são o resultado dos dados obtidos neste trabalho.
3. Os objetivos gerais deste estudo são:
 - Avaliar à partida a forma como as famílias participam no processo de gestão da DM2;
 - Analisar de que forma a família contribui para a gestão eficaz do regime terapêutico, em membros portadores de DM2;
 - Identificar as dificuldades sentidas pela família no apoio à gestão da doença de um dos seus membros.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

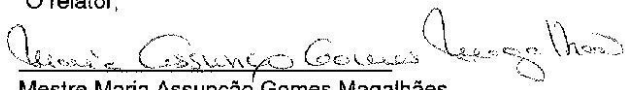
1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pelos investigadores.
3. Está garantido o consentimento informado.
4. O estudo não é financiado, pelo que as despesas serão suportadas pela investigadora.

C – Conclusões

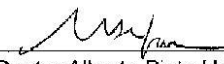
1. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à realização deste Estudo.
2. Os instrumentos de recolha de dados devem ser destruídos 3 meses após o término do estudo.
3. Deve a investigadora obter o consentimento do Diretor Executivo do ACES onde se realizará o estudo.

Aprovado em reunião do dia 3/5/2016, por unanimidade

O relator,


Mestre Maria Assunção Gomes Magalhães

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Apêndice B

Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACeS do Baixo Tâmega

Exm.º Senhor Director Executivo do
ACES Baixo Tâmega

Margarida Isabel da Silva Pinheiro, Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses e aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, do consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e da Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança, no ano letivo 2015/2016, vem por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para desenvolver um trabalho de investigação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Marco de Canaveses, que se destina ao Relatório de Estágio de Mestrado. Este Relatório de Estágio está inserido na Unidade Curricular Estágio, do 3º semestre do 2º ano, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, que está a decorrer, nesta mesma UCSP, no período compreendido entre 14 de Setembro de 2015 a 13 de Fevereiro de 2016.

O estudo que pretende desenvolver, tem como objectivo estudar a “Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 pelas Famílias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região do Baixa Tâmega”.

Compromete-se ao sigilo e anonimato das respostas, bem como à divulgação dos resultados na UCSP do Marco de Canaveses.

Sem outro assunto de momento, agradece a atenção dispensada, estando disponível para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Atenciosamente,
Pede deferimento,

Marco de Canaveses, 01 de dezembro de 2015

(Margarida Isabel da Silva Pinheiro)

From: Secretariado do ACES <acesbaixo-tamega@csamarante.min-saude.pt>

Sent: Monday, February 1, 2016 11:48:15 AM

To: 'Margarida Pinheiro'

Subject: Autorização - Projecto de investigação

Ex.mª Srª Enfermeira,

Encarrega-me o Sr. Director Executivo deste ACeS de informar que foi autorizada a realização do Projecto de Investigação/Estudo apresentado e designado por "Gestão de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pelas famílias numa UCSP".

Esta autorização implica uma obrigatória articulação imediata com o Coordenador da UCSP escolhida.

Com os melhores cumprimentos,

Bruno Santos

Secretariado do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega

Rua Nova de São Gonçalo

4600-093 Amarante

Tel.255 410 110/ 410 114

Fax 255 424013

contacto directo - 961934813



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



Apêndice C

Pedido de autorização ao Coordenador da UCSP

Recibido
12
02
2016

Ex.m.^a Senhor Coordenador da Unidade de Cuidados
de Saúde Personalizados do Marco de Canaveses

Margarida Isabel da Silva Pinheiro, Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses e aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, do consórcio entre a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, da Escola Superior de Enfermagem do Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e da Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança, no ano letivo 2015/2016, vem por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para desenvolver um trabalho de investigação na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Marco de Canaveses, que se destina ao Relatório de Estágio de Mestrado. Este Relatório de Estágio está inserido na Unidade Curricular Estágio, do 3º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, que está a decorrer, nesta mesma UCSP, no período compreendido entre 14 de Setembro de 2015 a 13 de Fevereiro de 2016.

O estudo que pretende desenvolver, tem como objectivo estudar a "Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 pelas Famílias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região do Baixa Tâmega".

Compromete-se ao sigilo e anonimato das respostas, bem como à divulgação dos resultados na UCSP do Marco de Canaveses.

Mais informa, que este trabalho de investigação/estudo já teve a autorização por parte do Sr. Diretor Executivo deste ACES, que pede "uma obrigatória articulação imediata com o Coordenador da UCSP" do Marco de Canaveses.

Sem outro assunto de momento, agradece a atenção dispensada, estando disponível para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Atenciosamente,

Pede deferimento,

Marco de Canaveses, 03 de fevereiro de 2016

ACES TÂMEGA I - BAIXA TÂMEGA
Centro de Saúde do Marco de Canaveses
Recebido em 30/02/2016
Registado sob o nº 49
O Funcionário

Margarida Isabel da Silva Pinheiro
(Margarida Isabel da Silva Pinheiro)

Apêndice D

Consentimento informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Título do estudo: Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) pelas famílias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região do Baixo Tâmega.

Este estudo é desenvolvido no âmbito do Estágio, inserido no plano de estudos do 3º semestre, do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, do consórcio entre o Instituto Politécnico de Bragança, da Universidade de Aveiro e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, no ano letivo de 2015/2016.

O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Marco de Canaveses, no período entre 14 de setembro de 2015 a 13 de fevereiro de 2016, sob a orientação do Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho, Professor Adjunto na ESEnfVR na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e da Enfermeira Alexandra Maia, Enfermeira da UCSP do Marco de Canaveses.

Este estudo pretende avaliar a forma como as famílias participam no processo de gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2); analisar de que forma a família contribui para a gestão eficaz do regime terapêutico, em membros portadores de DM2 e identificar as dificuldades sentidas pela família no apoio à gestão da doença de um dos seus membros, através da aplicação de um formulário à família com membros de DM2.

Para tal, foi construído um questionário com um conjunto de questões abertas e fechadas. Este instrumento terá três partes: uma parte inicial de caracterização das famílias e dos entrevistados, a segunda parte destinada aos conhecimentos sobre a doença e a terceira parte destinada a avaliar o processo de gestão da doença pela família.

A seleção do/a participante foi feita de forma aleatória e a aplicação do formulário será no domicílio, com a duração aproximadamente de 20 minutos.

O seu nome não aparecerá no instrumento de colheita de dados (Formulário) e será conservado num local seguro à responsabilidade da investigadora e destruídos no final da realização do relatório, num período de 2 meses.

A sua participação é inteiramente voluntária. É livre de se retirar a qualquer momento sem que daí lhe advenha prejuízo, sem o dever de justificar a sua decisão, e isso não prejudica nenhum tratamento futuro que lhe diga respeito.

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial, garantindo, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. Contudo, foi solicitado o Parecer da Comissão de Ética.

Assim sendo, o financiamento do estudo fica da responsabilidade da investigadora, não evidenciando condições de indemnidade para as deslocações ou contrapartidas. Mais informa que o estudo mereceu Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

Agradeço a sua colaboração,

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinqia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:
Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD N°: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Apêndice E

Mini Mental State

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? _____
6. Em que País estamos? _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

II. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

PERA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ Nota: _____

II. ATENÇÃO E CÁLCULO

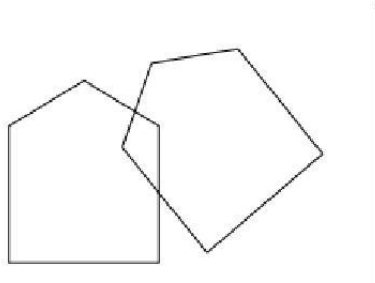
“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) (18) (15) Nota: _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar.” Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: _____

NOTA TOTAL: _____

Apêndice F

Formulário

Formulário

nº _____

Formulário

Gestão da Diabetes Mellitus tipo 2 pelas famílias numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, do Baixo Tâmega

Parte 1 – Caracterização Sociodemográfica da pessoa portadora de Diabetes Mellitus

1. Sexo

Masculino ☐ Feminino ☐

2. Grupo etário:

≤64 anos ☐

65-74 anos ☐

75-84 anos ☐

>85 anos ☐

3. Escolaridade:

Não sabe ler, nem escrever ☐

1º ciclo ☐

2º ciclo ☐

3º ciclo ☐

Ensino secundário ☐

Ensino superior ☐

4. Situação profissional/ocupacional atual:

Profissionalmente ativo ☐ Reformado/pensionista ☐ Desempregado ☐ Baixa

Médica ☐

5. Tipo de família:

Nuclear ☐ Reconstruída ☐ Unitária ☐ Alargada ☐ Monoparental

☐

Parte 2 – Conhecimentos da pessoa portadora de DM sobre a doença

6. O que é para si a diabetes?

7. A diabetes é uma doença séria e grave?

8. Se a diabetes estiver controlada o estado de saúde melhora?

9. Tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes?

Sim ☐ Não ☐

9.1 Qual ou quais?

Complicações agudas: Hipoglicemia ☐ Cetoacidose ☐ Coma Hiperosmolar ☐

Complicações crónicas: Retinopatia diabética ☐ Nefropatia ☐ Pé diabético ☐

Neuropatia ☐ Doença coronária ☐ Doença vascular periférica ☐

10. As pessoas que convivem consigo no dia a dia sabem o que é diabetes?

Bastante ☐ Muito ☐ Médio ☐ Pouco ☐ Muito pouco ☐

11. Como classificaria o apoio que a família lhe dá relativamente aos cuidados que tem que ter devido à diabetes?

Bastante ☐ Muito ☐ Médio ☐ Pouco ☐ Muito pouco ☐

12. O principal responsável pelo tratamento e controlo da diabetes é:

Profissional de saúde ☐ Família ☐ Diabético ☐ Outro ☐

13. No dia a dia a diabetes interfere com a sua rotina? Sim ☐ Não ☐

13.1 De que forma? (dê um exemplo)

Parte 3 – Gestão da doença pela família

14. Grau de parentesco do familiar com DM2:

Cônjuge ☐ Filho (a) ☐ Mãe/Pai ☐ Outro ☐

15. Há quantos anos o seu familiar é diabético? _____ anos

16. Como reagiu quando soube que o seu familiar era diabético?

17. Tem capacidade para gerir (cuidar) a diabetes do seu familiar?

Sim ☐ Não ☐

18. Faz o controlo da glicemia diariamente ao seu familiar? Sim ☐ Não ☐

19. Presta cuidados diários aos pés do seu familiar? Sim ☐ Não ☐

20. Prepara ou administra a medicação do seu familiar? Sim ☐ Não ☐

21. Apoia a prática de exercício físico regular do seu familiar? Sim ☐ Não ☐

22. Prepara ou confeciona os alimentos do seu familiar? Sim ☐ Não ☐

23. Dos vários componentes importantes no tratamento/gestão da diabetes qual/quais o/os que tem maior dificuldade em prestar apoio?

Dieta ☐ Medicação ☐ Exercício físico ☐ Cuidados aos pés ☐

Monitorização da glicemia ☐ Nenhum ☐

23.1 – Porquê?

Muito Obrigada!