

**Estratégias de Emporwerment Familiar  
no Cuidar à Pessoa com Diabetes:  
Olhar e Intervir Sistemicamente**

**Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre  
na Especialidade de Enfermagem Comunitária**

**Nome completo**

**Liliana Isabel Ferreira Borges**

**Orientador:**

**Professor Doutor José Amendoeira**

**Co-orientador:**

**Mestre Mário Silva**

## **DEDICATÓRIA**

A ti Luís,

A vós Família,

A Todos que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação e me acompanharam neste caminho.

**OBRIGADA**

*“ Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angustias, preferências ou necessidades de saúde ”*

SAKELLARIDES (2001, p.101)

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	9
-------------------	---

### **PARTE I CONCEÇÃO TEÓRICA**

<b>1 – GESTAO DO REGIME TERAPEUTICO: UM FENOMENO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA</b>	11
1.1 – RESPOSTAS HUMANAS FACE A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES	13
<b>2 – DA CONCEÇÃO SISTÉMICA AO EMPOWERMENT FAMILIAR</b>	17
2.1 -UM OLHAR SISTEMICO SOBRE A FAMILIA	18
2.2 – O MODELO DE EMPOWERMENT NA PRÁTICA CLINICA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM	27
<b>2.2.1 – A transversalidade do (s) processo (s) de negociação na gestão eficaz do regime terapêutico</b>	33

### **PARTE II PROCEDIMENTO METODOLOGICOS**

1 - CONTRIBUTOS DA EVIDÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO FAMILIAR	39
1.1 - PROTOCOLO DE PESQUISA	40
1.2 – ARTIGOS EMERGIDOS	41
<b>2 – ANALISE CRITICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLINICO</b>	44
2.1 - PROGRAMA DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: PROJETO “CAPACITAR PARA O EQUILIBRIO: APRENDER A GERIR E A CONTROLAR A DIABETES”	45
2.2 – OUTRAS ATIVIDADES	47
<b>2.2.1 – Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Curso de formação de cuidadores</b>	47
<b>2.2.2 – Programa de saúde escolar</b>	47
<b>2.2.3 – Linha Saúde 24</b>	48
<b>2.2.4 – Espaço “ Mais Saúde”</b>	49

### **PARTE III DISCUSSAO**

<b>1 – EMPOWERMENT FAMILIAR: UM PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E NEGOCIAÇÃO POR EXCELENCIA</b>	50
<b>2- CONSTRUINDO UM AGIR COMPETENTE BASEADO EM EVIDÊNCIAS: IMPLICAÇÕES FUTURAS</b>	55

## PARTE IV

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	58
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - Modelo Transteórico de PROCHASKA (1992)	68
ANEXO II - Modelo Psicocomportamental (1991)	70
ANEXO III - Modelo de Avaliação Familiar de CALGARY (2008)	72
ANEXO V - Protocolo da pesquisa	76
ANEXO VI - Artigos científicos	79
ANEXO VII - Projeto de intervenção	85
ANEXO VIII - Artigo publicado no espaço “Mais Saúde”	150

## **SIGLAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECSP – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF- Modelo de Avaliação Familiar de CALGARY

MCIF – Modelo de Intervenção Familiar de CALGARY

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RT – Regime Terapêutico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## **ABREVIATURAS**

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Esp.<sup>a</sup> – Especialista

## **INDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Contributos do Modelo de Sistemas de BETTY NEUMAN 21

FIGURA 2 – Modelo de Empowerment Familiar 30

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1 – Níveis de intervenção sistémica na família da pessoa com diabetes no âmbito da gestão do regime terapêutico 25

QUADRO 2 – Dimensões do Modelo de Empowerment para Enfermagem e do Modelo dos Sistemas 32

QUADRO 3 – Contributos da evidência para o projeto realizado 42

QUADRO 4 - Critérios de avaliação de competências mobilizados para o projeto de intervenção 43

## RESUMO

As mudanças no perfil demográfico, a emergência das doenças crônicas traduzem novas necessidades, sendo determinante o papel dos cuidados de saúde primários com ênfase na autonomia dos cidadãos na resolução dos seus problemas de saúde.

Face ao regime terapêutico na diabetes, os sistemas familiares são considerados elementos que operam num quadro complexo e mutável de interações com o contexto sociocultural que os envolve. A conceptualização da família alicerçada no pensamento sistémico, centra-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros (FRIEDMAN, 1998).

O *Empowerment* Familiar centra-se nas potencialidades do sistema, como motor de desenvolvimento de capacidades de forma autónoma, participativa e responsável, contribuindo para a melhoria do nível de saúde dos seus membros.

Este percurso cruza duas linhas orientadoras: a prática baseada na evidência e o planeamento em saúde. Numa perspetiva de integração no estágio realizado, realizou-se previamente uma Revisão Sistemática de Literatura com base na seguinte questão: **De que forma a negociação como estratégia de *Empowerment* Familiar (I) influencia a Pessoa com Diabetes (P) na Gestão ao Regime Terapêutico (O)?** Foram analisados, após um percurso validado, quatro artigos que emergiram da busca em bases de dados científicas.

Durante o projeto de intervenção implementado, utilizaram-se estratégias de *empowerment* emergidas da evidência científica com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências das famílias no sentido de melhorar a gestão do regime terapêutico, baseadas sobretudo em processos de negociação e comunicação.

Os achados científicos encontrados revelam que projetos estruturados como o desenvolvido, são instrumentos prioritários no cuidar à pessoa com diabetes. Perspetiva-se neste percurso, o desenvolvimento de uma Enfermagem capaz de alicerçar a sua intervenção numa prática baseada na evidência, correspondendo a necessidades reais das famílias, através do planeamento em equipas interdisciplinares e multisectoriais e promovendo a participação ativa da comunidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Família, *Empowerment*, Diabetes

## ABSTRACT

Demography changes and the emergence of chronic diseases are translated in new needs, in which is essential the role of primary health care with emphasis on citizen's responsiveness in solving their health problems.

Faced with the therapeutic regimen in diabetes, family systems are considered as elements that operate in a changing and complex picture of interactions with the socio cultural context that surrounds them. The conceptualization of family grounded in systems thinking, focuses in the family system and individual systems, emphasizing the interaction and reciprocity between members (FRIEDMAN, 1998).

The Family *Empowerment* allows efforts on the system skills to develop capabilities in an autonomous, participative and responsible way, contributing to the health improvement of its members.

This route crosses two orientation lines: the evidence-based practice and health planning. This methodology contributed to the mobilization of scientific evidence in the project development. Integrated in the clinical learning practice for specialist degree, was previously structured a Systematic Literature Review based on the following question: **How does the negotiation as a strategy for Family *Empowerment* (I) influences the Person with Diabetes (R) in is Disease Therapeutic Management (O)?** Four articles that emerged in search of scientific databases were analyzed after a valid course.

During the intervention, were used strategies of *empowerment* emerged from scientific evidence, with the aim to promote skills development of families to improve the management of therapeutic regimen, based mainly on negotiation and communication processes.

The scientific findings reveal that structured projects such as the one developed, are priority instruments in diabetes care. In this perspective the meaning key is the development of nursing practice evidence-based, matching real needs of the families through health planning in multidisciplinary health care teams, promoting all community active participation.

**KEYWORDS:** Nursing, Family, *Empowerment* and Diabetes

## INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular Estágio e Relatório, inserida no plano de estudos do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da EESS pretende-se a elaboração de um relatório suportado na via indutiva com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação, mobilizando para a mesma a conceção teórica de referência ao desenvolvimento de todo o percurso.

Este relatório visa o resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, tendo por base diferentes estratégias mobilizadas. Preconiza-se a análise, a fundamentação, a crítica e a visibilidade da intervenção efetuada. Pretende-se ainda que o mesmo seja revelador de aprendizagens a partir de um processo de pesquisa e reflexão, mobilizador de um agir em contexto da prática clínica de enfermagem.

Este documento, surge na sequência da necessidade de dotar os enfermeiros de competências não só reflexivas, mas de capacidades de busca de respostas cuja evidência tenha sido comprovada. Com esta estratégia, objetiva-se o desenvolvimento da mestria para a revisão sistemática da literatura nos contextos de cuidados, em que os saberes que os enfermeiros mobilizam, possa ser enquadrados numa lógica de enfermagem avançada.

Valoriza-se nesta perspetiva o contexto, as pessoas, os processos e o tempo em que a ação decorre, de forma a criar condições para que a reflexão sistemática ocorra, considerando-se a diversidade e a singularidade dos cuidados de enfermagem, que o mestrando desenvolve na clínica.

Definiu-se assim como objetivo geral deste relatório:

- ☐ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem através da autoformação e reflexividade sobre a prática.

Após reflexão de metas e prioridades, constituíram-se como objetivos específicos:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica.
- Identificar e mobilizar literatura de suporte nas áreas de interesses selecionadas, no âmbito da Enfermagem Comunitária.
- Fundamentar com recurso à revisão sistemática de forma crítica e reflexiva a singularidade dos contextos de cuidados e a suscetibilidade de mudança.

- Operacionalizar o processo de revisão sistemática da literatura suportado na via indutiva;
- Analisar os artigos científicos emergidos, fundamentando o processo de cuidados e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados (intervenções/resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem)
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação / intervenção de enfermagem

O interesse sobre a problemática da gestão do regime terapêutico na doença crónica, tem levado a um investimento pessoal da autora nesta área. Paralelamente, surge como inquietação a necessidade de compreender, se o caminho percorrido, tem evoluído positivamente e que estratégias podem ser encontradas para melhorar a intervenção neste campo, numa altura de reformas constantes no sistema de saúde (e onde se pretende que os cuidados sejam os mais próximos possíveis das pessoas).

Este percurso tem por base um enquadramento conceptual, iniciado com a análise das respostas humanas ao foco da prática em questão ate à reflexão suportada no Modelo de Sistemas de BETTY NEUMAN e que esta patente na primeira parte do documento.

A abordagem teórica anterior revela o processo de *Empowerment* como motor de busca de forças do sistema familiar para enfrentar crises e transições, de uma forma autónoma, participativa e responsável, suportado na comunicação e negociação. Toda esta linha de pensamento desaguou no problema: “ **De que forma a negociação como estratégia de empowerment familiar influencia a gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes?**”

Transportando os resultados da revisão sistemática de literatura realizada face a esta inquietação para o ensino clínico decorrido nasceu o projeto “ Capacitar para o Equilíbrio - Aprender a Gerir e Controlar a Diabetes” definido num dos eixos do plano de ação do local de estágio selecionado (Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento), dirigido a pessoas com diabetes, famílias/cuidadores e ainda prestadores de cuidados de higiene e alimentação das instituições sociais de apoio.

Na segunda parte deste documento exibem-se assim as linhas metodológicas, quer na revisão sistemática de literatura realizada quer na análise das atividades desenvolvidas em estágio. Por fim é realizada uma análise reflexiva da evidência produzida integrada no desenvolvimento e conclusões do projeto de intervenção decorrido em ensino clínico.

Consciente da complexidade do cuidar à pessoa com doença crónica, pretende-se que as conclusões produzidas com esta reflexão tragam importantes contributos quer para a prática enquanto futura especialista em Enfermagem Comunitária, quer para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina.

## PARTE I

### CONCEÇÃO TEÓRICA

#### 1 – GESTAO DO REGIME TERAPEUTICO: UM FENOMENO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A doença, de um modo geral, faz parte e é comum na experiência humana. Contudo, a maior parte das pessoas vive o seu dia-a-dia sem pensar na saúde e na responsabilidade que tem para com ela, exceto quando emerge algum sintoma de que algo não está bem. Apesar de todos as pessoas de alguma maneira já terem adoecido, o processo e os efeitos desta, é vivenciada de forma individualizada e subjetiva.

Na legislação que regulamenta a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, doença crónica é descrita como a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada (DECRETO-LEI Nº 101/2006). A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002), acrescenta como causas a predisposição genética, estilo de vida e exposições ambientais.

Entre as várias doenças crónicas, a diabetes mellitus, constitui-se como um grave problema de Saúde Pública, não só pela sua crescente incidência, como também pela elevada morbilidade e mortalidade associadas.

A diabetes mellitus aumenta com a idade, atingindo valores mais elevados no grupo dos 65 aos 74 anos. Em Portugal, aproximadamente metade das pessoas com diabetes têm mais de 65 anos. Para além dos aspetos sociais e humanos que se traduzem no aumento de morbilidade e mortalidade, em termos de custos financeiros esta doença desvia cerca de 10% dos recursos globais da saúde (DIREÇÃO GERAL SAÚDE, 2002).

A diabetes é vulgarmente considerada como a doença do estilo da vida moderna e o seu tratamento é considerado complexo pois exige que a pessoa siga um roteiro diário durante todo o seu percurso de vida onde estão contemplados um conjunto de cuidados a nível comportamental (SOUSA; M.; PEIXOTO M.; MARTINS, M. 2008 citando POLONSKY, 1993). Estes

cuidados assentes na chamada tríade terapêutica (alimentação, exercício físico e medicação) implicam que a pessoa seja o principal gestor da sua doença, isto é, que os adapte à sua realidade, pois não existe uma receita única que responda às várias situações a que ele é sujeito (SOUSA, M.; PEIXOTO, M.; MARTINS, M. ; 2008 citando MCNABB, 1997). Mais recentemente a Federação Internacional da Diabetes veio acrescentar a tríade terapêutica a auto vigilância e o apoio do cuidador/ familiar como fatores importantes na gestão da doença.

PEREIRA (2006), explica que face a uma situação de doença crónica, implicando frequentemente mudanças nos hábitos de vida, nem sempre as pessoas integram essas alterações de forma eficaz, daí resultando riscos. Pressupõe-se o desempenho, por parte da pessoa de um conjunto de comportamentos/atividades, que se regem por determinados princípios e indicações terapêuticas, de forma a diminuir o impacto do processo patológico.

Segundo GRUMAN e VON KORF (1997) a gestão do regime terapêutico na doença crónica envolve o compromisso da pessoa com atividades que protejam e promovam a saúde, monitorização e gestão dos sintomas da doença, equilíbrio emocional e das relações interpessoais e adesão aos regimes terapêuticos prescritos.

Os cuidados de enfermagem focam-se no diagnóstico das respostas humanas a situações de saúde/ doença e aos processos de vida, pelo que, e face a pessoa com diabetes, o enfermeiro ajuíza o fenómeno como uma gestão do regime terapêutico eficaz ou ineficaz. O foco gestão do regime terapêutico está inserido num processo alargado de cuidados e incluído em planos estratégicos de prevenção e controlo da diabetes.

Em linguagem classificada e de acordo com o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (ICN), a gestão do regime terapêutico surge da ramificação do comportamento de procura de saúde, foco que advém da ação auto iniciada da pessoa. É definida como:

*“ Tipo de comportamento (...) cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações (...) para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (CIPE®/ICN, 2001, p. 58).*

A gestão do regime terapêutico desagua no foco adesão ao regime terapêutico o qual segundo SOUSA, M.; PEIXOTO, M.; MARTINS, M.; 2008 citando BRANNON & FEIST (1997) está associado à extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde. Segundo a CIPE®/ICN, adesão ao regime terapêutico é definida como:

*“ (...) ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações*

*sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamento (...)Frequentemente associado ao apoio da família (...) conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação (...), relação entre o profissional de saúde (...).” (CIPE®/ICN, 2005, p.81).*

A partir destes conceitos, produzem-se indicadores de qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente indicadores de processo, como a percentagem de casos de adesão ao regime terapêutico, num determinado período e indicadores de resultado, como os ganhos em conhecimento/habilidades nas várias dimensões do regime terapêutico (alimentação, atividade física, regime medicamentoso, autovigilância e ainda o apoio dos familiares/prestadores de cuidados). Estes indicadores, são outputs da documentação dos enfermeiros e traduzem a sua atividade profissional (PETRONILHO, 2009).

AFONSO; M.J. ; RAPOSO,J. ; BOAVIDA, J. (2006) apontam vários estudos que traduzem a fraca adesão. A adesão a todas as medidas propostas no tratamento da diabetes é em média de 7%. Analisando em particular cada componente do plano terapêutico, verifica-se que em relação às injeções de insulina a adesão varia entre 20 a 80%, e nos antidiabéticos orais a adesão foi de 75%, sendo que a omissão de doses representam a forma mais prevalente da não adesão. No programa alimentar a média é de 65% tendo sido identificados estudos que vão dos 20 aos 70%. O plano de exercício tem uma adesão que varia entre 19 e 30%. Em relação à autovigilância encontram-se resultados que vão dos 57% aos 70%.

Contudo e quando se pretende compreender os ganhos em saúde nesta área, é fundamental que se criem medidas de avaliação com base noutras premissas, não só viradas para o controlo metabólico. É importante que também se avaliem parâmetros como a qualidade de vida, níveis de auto estima e satisfação face aos cuidados prestados.

### 1.1 – RESPOSTAS HUMANAS FACE A GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES

Como mencionado anteriormente, viver com diabetes implica frequentemente alterações dos hábitos de vida e as pessoas nem sempre têm a capacidade de integrar as modificações de forma eficaz no seu quotidiano, o que pode resultar instalação de complicações tardias.

De acordo com SILVA (2004), os comportamentos só se modificam quando a saúde se torna uma preocupação real, em que o pessoa se sente verdadeiramente ameaçado pela doença, sendo a motivação elemento impulsionador de mudanças. Perante uma situação de

desequilíbrio, a pessoa é confrontada com múltiplos desafios, que exigem dela capacidade de adaptação e mobilização recursos internos e externos (*coping*).

A CIPE®/ICN, Versão Beta 2 (2001, p. 43), define razão para a ação como, “...*motivação para a compreensão e explanação do comportamento da Pessoa...*”. Por motivação pode entender-se um conjunto de forças internas que mobilizam a pessoa para atingir um dado objetivo como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio (RODRIGUES, 1998).

Também NASCIMENTO do Ó e LOUREIRO (2006) referem que um dos aspetos que pode explicar o processo de adesão terapêutica é a motivação pessoal, considerada fundamental quando se pretende uma mudança de comportamentos e a sua manutenção. O fato da pessoa com diabetes não se sentir motivado para aderir ao regime terapêutico é uma das causas citadas para a desistência, para o insucesso, recaídas e outros resultados menos positivos.

São várias as teorias que têm sido desenvolvidas na tentativa da melhor compreensão destes processos. O Modelo Transteórico de PROCHASKA e DICLEMENTE (1992) (ANEXO I) é considerado um instrumento de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada com a saúde. Este modelo sugere que, quando a pessoa concretiza mudanças no comportamento, fazem-no em estágios, e não abruptamente. Esses são denominados pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

Segundo este autor, para que o pessoa mude de estágio, é necessário um processo que envolve estratégias, técnicas e intervenções que possibilitem a mudança de comportamento com sucesso, permitindo a compreensão de como ocorrem às intenções de mudança. Não pode ser descurado que o confronto com a doença crónica pode ser um processo difícil e condicionar a gestão terapêutica. Este processo de aceitação e confronto com a doença, passa muitas vezes pelas fases de choque, negação, adaptação e reorganização, sabendo-se que a adaptação, pelos seus efeitos prolongados é fase a que acarreta maiores dificuldades.

A CIPE®/ICN versão β2, define aceitação do estado de saúde como o processo de “*reconciliação com as circunstâncias de saúde*” (CIPE/ICN®, 2001, p.50). Neste âmbito, JOYCE-MONIZ e BARROS (2005) expressam que perceber as representações individuais de doença é fundamental, uma vez que são estas que vão determinar o comportamento e as respostas manifestadas.

Por este motivo, BARROS (1999) citado por COUTO e CAMARNEIRO (2002, p. 74) refere que “*a adaptação à doença crónica é um processo contínuo e dinâmico com fases de maior equilíbrio e maior aceitação e outras de maior ansiedade, revolta ou depressão que segue padrões individuais dificilmente generalizáveis*”.

Neste âmbito, salienta-se o modelo proposto por LACROIX e ASSAL (2003) no qual e face a uma doença crónica a pessoa passa por quatro estágios: choque e descrença temporária; revolta; negociação; e tristeza/depressão. Estas fases são marcadas por diferentes tipos de emoções, temores e perguntas que devem ser levadas em consideração pelo profissional de saúde e integrados em estratégias de tratamento. O objetivo é que se mantenha a pessoa/família na fase da negociação.

De acordo com KRISTELLER e RODIN em 1984 referidos por PAIS RIBEIRO (2007) há três estádios no processo de participação das pessoas nos seus cuidados: a concordância (*Compliance*), a Adesão (*Adherence*) e a Manutenção (*Maintenance*). Este modelo pressupõe que a pessoa aprenda a gerir a sua saúde ou a sua doença até atingir praticamente total autonomia, desenvolvendo o sentido de auto participação e auto cuidado.

São vários os fatores que interferem com a gestão do regime terapêutico. A multiplicidade de fatores e variáveis envolvidas faz transparecer a dificuldade que existe em estudar o tema e também em criar estratégias de intervenção eficazes. O processo parece ser tão complexo que já em 1976, HAYNES identificou mais de 200 variáveis que podem estar relacionadas com a adesão ao regime terapêutico na diabetes (AFONSO *et al*, 2006 citando SCHOELLER, s.d.).

Todas as teorias e modelos explicativos do processo de adesão têm aspetos positivos e negativos, daí que, de acordo com BUGALHO e CARNEIRO (2004), ainda não tenha sido encontrada uma explicação e uma solução isolada e perfeita que aumente os níveis de adesão das pessoas em diversas patologias. Este fato deve-se possivelmente ao número elevado de variáveis implicadas que afetam a decisão pessoal de aderir ou não ao esquema recomendado.

O Modelo Psicocomportamental (ANEXO II) sumaria o processo complexo e multifatorial da autogestão da diabetes, no qual as variáveis individuais, sociais e ambientais são interativas. Deste modo, compreende-se que a gestão do regime terapêutico na diabetes resulta de processos comportamentais complexos que interagem entre si, influenciados pela doença e por variáveis individuais, sociais e situacionais. Este processo é bidirecional, significando que os comportamentos têm influência nos resultados obtidos e vice-versa, enfatizando o papel das características da personalidade na autogestão da diabetes, como as crenças e as estratégias de *coping*. (COX & RITTERBAND, 2002; COX, GONDER-FREDERICK, & SAUNDERS, 1991).

A OMS (2003, URL:<[http://www.OMS.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.OMS.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)>) identifica quatro grandes grupos de variáveis relacionadas com a adesão: (1) características da doença e do

tratamento; (2) fatores intrapessoais; (3) fatores interpessoais; (4) fatores ambientais, os quais ajudam a compreender o porquê de determinadas respostas humanas face ao fenómeno.

Em relação aos fatores individuais, salientam-se ainda a idade, o sexo, a ausência de informação/conhecimento/educação das pessoas, a diminuição da motivação/confiança no tratamento, a ansiedade, a incapacidade em manusear o esquema terapêutico, a ausência de percepção da necessidade do tratamento, o medo da dependência e/ou a discriminação social (OMS, 2003; SILVA, 2010).

O Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão proposto por LEY (1988) acrescenta que a adesão é previsível, combinando o fator satisfação da pessoa em relação à consulta, com os fatores da compreensão e memorização da informação dada (LEY, 1988 citado por SOUSA, M. ; PEIXOTO, M.; MARTINS, M. ; 2008).

Várias pesquisas têm postulado que, incentivando a participação das pessoas nas decisões clínicas durante as consultas, aumentaria a sua satisfação e, conseqüentemente, a adesão ao regime terapêutico (GOLIN, DIMATTEO & GELBERG, 1996). Esta participação é um constructo complexo que envolve múltiplas componentes como: o desenvolvimento de uma atmosfera favorável, troca e integração da informação, comunicação das preferências e recomendações, aferimento da compreensão da informação, negociação, tomada da decisão final e sua execução.

Quanto aos fatores extrínsecos, os fatores ambientais são importantíssimos, nomeadamente através de algumas contingências inerentes ao regime terapêutico como o plano alimentar, já que muitas vezes, existem condicionalismos sociais para aquisição de determinados hábitos alimentares.

No estudo realizado por SILVA (2010) as crenças de saúde e a situação económica são apontados como fatores preditores de não adesão quer ao regime farmacológico quer não farmacológico, enquanto que o suporte familiar e apoio por parte dos profissionais de saúde foram tidos como fatores preditores de adesão.

Deste modo, o aspeto social parece contribuir fortemente para a adesão ao regime terapêutico e neste contexto, a vertente familiar assume particular relevância na gestão dos regimes terapêuticos instituídos. Este fator é analisado em particular no capítulo seguinte, uma vez que constitui a base da problemática em estudo.

## 2 – DA CONCEÇÃO SISTÊMICA AO EMPOWERMENT FAMILIAR

*“Cogito empowered, ergo sum empowered”*

Weissberg

O homem é um ser eminentemente social e por natureza deseja sempre, estar inserido num determinado meio, seja no ambiente doméstico, de trabalho ou grupo de amigos. Assim, as pessoas que compartilham estes espaços são também os provedores de suporte social sendo o grupo familiar e a comunidade contextos naturais de proteção e inclusão social. Além disso, estas estruturas possibilitam a conservação dos vínculos relacionais e a inclusão em projetos coletivos, permitindo melhoria na qualidade de vida (LEITE, M.T.; BATTISTI, I. D. ; BERLEZI, E. M.; SCHEUER, A. I. , 2008. <URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/05.pdf>>)

A vivência de uma patologia crónica como a diabetes, pela sua duração e complexidade, tem inevitavelmente repercussões nos gastos com os cuidados de saúde, mas também, e de forma marcada, nos familiares. Deste modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades, envolvendo a comunidade numa responsabilidade partilhada, potenciadora de recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

Nas competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária (DECRETO-LEI 128/2011) salienta-se a seguinte: “ *O enfermeiro promove a capacitação de grupos e comunidades com vista a consecução de projetos de saúde coletivos.*” Neste contexto, é de suma importância uma intervenção integrada de vários sectores da sociedade, entre os quais se salienta o papel dos serviços de saúde como promotores do desenvolvimento de parcerias potenciadoras da sua abrangência. O contato profissional de saúde/pessoa/família tem lugar num contexto social, não só confinado ao espaço de consulta.

O apoio social salienta-se como um dos fatores psicossociais que mais influencia na adesão e poderá ajudar a pessoa a gerir o seu equilíbrio emocional de modo a manter o seu funcionamento face a uma situação de crise. De um modo geral, um menor apoio social e um maior isolamento social associa-se a uma menor adesão (BENNET, 2002). Estudos mostram que a rotura de vínculos sociais altera as defesas orgânicas das pessoas, deixando-as mais

suscetíveis a doenças (LEITE, M.T.;BATTISTI, I. D. ; BERLEZI, E. M.; SCHEUER, A. I., 2008, <URL : <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/05.pdf>> .

A compreensão de rede pessoal significativa, utilizada neste trabalho, está ancorada na definição de rede social de SPECK (1989, p.24): “*A rede social é um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos y outras pessoas, com capacidade de aportar uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros a um pessoa ou família*”.

PAÚL (1991) acrescenta que as redes sociais de apoio correspondem a formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) bem como os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema.

Segundo PAÚL (1997), as redes sociais de apoio podem dividir-se em dois grupos principais: redes de apoio formal e redes de apoio informal. No primeiro incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível do concelho ou da freguesia, sejam eles creches, centros de dia ou centros de convívio. Quanto as redes de apoio informal podem subdividir-se em dois grandes grupos: as constituídas pela família e as constituídas pelos amigos e vizinhos.

Perceber a natureza dos cuidados de enfermagem que presta e a teoria/modelo que os suporta, conduz a uma adequação conceptual dos cuidados e ao estabelecimento de um quadro de referência sobre os fenómenos de enfermagem. Contudo, os modelos são descritores e orientadores da prática, não devendo a sua operacionalização ser rígida, permitindo a adaptação aos vários níveis de atuação e a especificidade de cada contexto (FIGUEIREDO, 2006).

Perante o exposto, opta-se por uma abordagem sistémica da família, cimentada no Modelo de Avaliação Familiar de CALGARY e no Modelo de Sistemas de BETTY NEUMAN, numa perspetiva integradora com um dos conceitos estruturantes da promoção da saúde - o conceito de *Empowerment*. Pretende-se explorar o seu potencial para a transformação das práticas comunitárias, mais concretamente no cuidado à pessoa/família com diabetes.

## 2.1 -UM OLHAR SISTEMICO SOBRE A FAMILIA

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram mudanças significativas na organização familiar. Atualmente existe uma grande diversidade de

tipos e estruturas familiares associadas não só aos papéis de género, mas também à diversidade de interações e processos de recomposição familiar (FIGUEIREDO, 2009).

Apesar de todas estas modificações, a família mantém-se como unidade emocional e afetiva. FIGUEIREDO (2009) afirma que as famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto organizativa.

Mais do que um constructo estável, importa referir que o conceito de família pode revestir-se de muitas formas dependendo tanto da história de cada membro como do grupo, de laços biológicos, questões legais e / ou religiosas entre outros aspetos. Abordar a família é sobretudo ultrapassar conceções antropológicas e sociológicas, focando-a como uma unidade com interação permanente entre os seus membros e o meio envolvente, procurando a harmonia, o equilíbrio e o bem-estar (FIGUEIREDO, 2009; NEUMAN, 1995).

WHALL e FAWCETT (1991) aplicam neste sentido como um dos atributos do conceito de família o facto de se tratar de um sistema ou unidade social mutável autodefinida pelos seus membros, que se desenvolve ao longo do tempo e que leva a cabo funções de proteção, sustento e socialização.

O conceito de família apresentado pela OMS em 1994 coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando se aborda a família. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um objetivo comum.

Como foco de atenção da prática da enfermagem, a família é descrita na Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®/ICN, 2001, P. 65) como “ *o conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas*”. Este conceito permite que nele se inclua as várias formas de constituição familiar prevalentes na sociedade atual.

Seja qual for o tipo de família que encontremos “*todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papeis e funções conformes às expectativas sociais*” (RELVAS, 1996, p.14).

A família surge assim como base da estrutura social. Contudo, também os processos familiares são influenciados pelos contextos mais vastos em que a família se integra. Segundo HANSON (2004) e FRIEDMAN (1998), existem quatro formas de perspetivar a família: família como contexto (individuo colocado em primeiro plano, sendo a família recurso ou fator de stress nos processos de saúde/doença), família como cliente (família como sujeito dos

cuidados, como soma dos seus membros e o foco está centrado em cada indivíduo), família como sistema (unidade interativa em que o todo é mais que a soma das suas partes) e família como componente da sociedade (grupo como instituição da sociedade em interação com as outras estruturas sociais).

Para a compreensão da família, é essencial que a conceptualizemos através de um paradigma que nos permita entender a complexidade, globalidade e diversidade, desenvolvendo-se processos de “articulação” e complementaridade dos domínios cognitivos, ou seja, interdisciplinaridade (FIGUEIREDO, 2006).

O paradigma da integração perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. Este paradigma surge nos Estados Unidos nos anos 50, paralelamente ao notável desenvolvimento das ciências sociais e humanas. Todas elas alertavam para "*um reconhecimento da importância da pessoa no seio da sociedade*" (KÉROUAC *et al.*, 1996, p.10).

Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interação dinâmica. Neste contexto os cuidados de enfermagem tinham como objetivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. A partir daqui, intervir significa agir com a pessoa, entendida como um todo formado por partes em interação. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (KÉROUAC *et al.*, 1996).

Por estas razões, considera-se que o Modelo de Sistemas de BETTY NEUMAN (integrado neste paradigma), traz contributos, enquanto suporte teórico para a melhor compreensão de intervenções dirigidas à família no âmbito da gestão do regime terapêutico da Pessoa com diabetes.

*“Os Modelos Sistémicos têm atualmente grande credibilidade e geram consenso. Por um lado consideram a multifatoriedade, por outro apelam à multidisciplinaridade e convergência conceptual dos técnicos de diferentes vocações”.* (RIBEIRO, 1996, p.45)

Esta conceção enfatiza as dimensões positivas de bem-estar e procura reduzir, em conformidade com a resposta dos sistemas em interação, os efeitos das dimensões negativas de bem-estar, no sentido do nível ótimo de equilíbrio. A compreensão da família neste trabalho, prende-se com a sua análise tendo em conta todas as variáveis referidas no Modelo dos Sistemas de BETTY NEUMAN (FIGURA 1), emergindo em todas as famílias a interação constante face ao ambiente e o seu desenvolvimento enquanto unidade social. Desta resultam processos de gestão eficazes ou não eficazes, independentemente do regime terapêutico

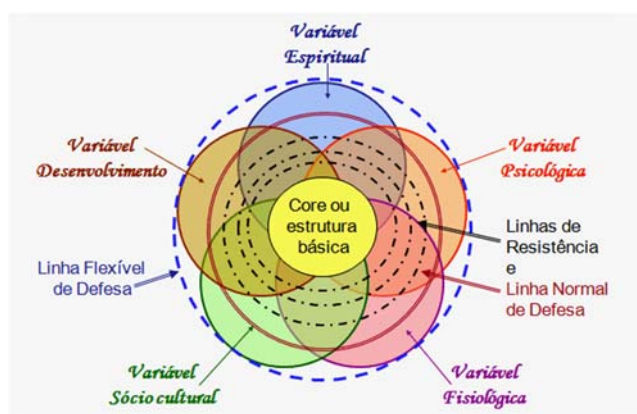
instituído, quando a família é confrontada com aspetos que têm que ser ponderados e tomadas de decisão a eles inerentes.

O modelo proposto por NEUMAN descreve “cada sistema como um todo e uma parte, ou seja, como a organização dinâmica de um conjunto com fronteiras mas não isolado do intercâmbio de energia e informação e que se mantém em equilíbrio dinâmico com os subsistemas e com o sistema maior em que se insere” (RIBEIRO, 1996, p.45).

Enquanto disciplina, a Enfermagem, tem quatro conceitos meta paradigmáticos: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem, que são o tronco comum na sua construção. Tendo em conta este modelo evidencia-se a interação da Pessoa/Família com o ambiente (mais especificamente o contexto comunitário), e é da sua relação que se perspetivam os cuidados de enfermagem no sentido do alcance do nível ótimo de bem-estar. Também na CIPE®/ICN, Versão  $\beta$ 2 (ICN, 2001), está contemplado nos dois eixos principais para identificação dos fenómenos de enfermagem, a Pessoa (pessoa, grupo, família) e o Ambiente.

Tal como se evidencia na FIGURA 1, NEUMAN citada por FREESE (2004, p. 340), refere que a Pessoa/ Cliente/Sistema de cliente:

*“...pode ser pessoa, família, grupo ou comunidade ou questão social (...) é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (...) em constante mudança ou deslocação e como um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente...”*



**FIGURA 1 – Contributos do Modelo de Sistemas de Betty NEUMAN**

(FONTE: JEREMIAS, C. R.; RODRIGUES, F. M.; 2010, P. 12-17, adaptado de NEUMAN 1982, P.119)

O mesmo autor acrescenta ainda que a Pessoa “*é um sistema capaz tanto de input como de output relacionado com (...) influências ambientais, que interage com o ambiente adaptando-se-lhe; ou como um sistema, adaptando o ambiente a si*” (FREESE, 2004, p.340).

Considera-se importante referir, que nesta definição surgem três tipos de ambientes, face à dinâmica proveniente da troca de energia entre a família e o ambiente:

- Ambiente interno, que se prende com a família enquanto sistema;
- Ambiente externo, que corresponde ao inter e extra pessoal, relacionado com tudo o que é exterior ao cliente;
- Ambiente criado, cuja relação é dinâmica e representa a mobilização por parte do cliente de todas as variáveis, principalmente das psico-socioculturais.

No modelo apresentado, cada sistema é constituído por um centro “CORE” no qual estão incluídos fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos e que, por sua vez, se encontra rodeado por contornos hipotéticos: linha normal de defesa, linha flexível de defesa e linhas de resistência (NEUMAN, 1995).

A linha normal de defesa constitui-se como a reação normal ao ambiente, que é relativamente estável e individualizada, consoante as capacidades e habilidades que são adquiridas ao longo da sua vida para lidar com os stressores. Constitui a linha basal de referência de onde as variações são medidas. A linha flexível de defesa é uma proteção adicional que tem um efeito amortecedor para a linha normal de defesa, quando o sistema atravessa condições adversas. Por sua vez, as linhas de resistência, representam fatores internos, como última defesa da pessoa face a fatores agressores do núcleo, podendo a sua ineficácia resultar em doença ou caso contrário ajudarem na estabilização e retornar a um nível normal de bem-estar (NEUMAN, 1995).

Um stressor é considerado por NEUMAN (1995) como todo e qualquer evento capaz de atingir a estrutura básica de recursos de energia e que detonam a defesa nos sistemas normais, flexível ou de resistência. FREESE (2004, p.338) citando NEUMAN, conceptualiza stressores como “*...estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente. Podem ser: forças intrapessoais (...) forças interpessoais (...) forças extrapessoais...*”

Para NEUMAN (1995) os stressores extrapessoais incluem aspetos como a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, habitação, desemprego ou a falta de apoio de instituições sociais. Refere ainda que sistemas de suporte social e questões ligadas aos papéis sociais são incluídos nos stressores interpessoais. Os fatores intrapessoais dizem respeito a forças que

provêm da própria pessoa, como por exemplo, atributos físicos, atitudes ou grau de desenvolvimento da pessoa.

Deste modo, os stressores são os estímulos quer externos, quer internos que exercem, quer positivamente, quer negativamente influência face às decisões, atitudes e comportamentos. Assim, a família promove adaptações em função de stressores internos e externos que se apresentam, obrigando-a a ativar mecanismos com vista a restabelecer o equilíbrio.

Para NEUMAN (1995) a saúde equivale à harmonia e estabilidade do sistema e está intimamente relacionado com os outros componentes do modelo, ou seja, em relação dinâmica com as variáveis, com os stressores inter, intra e extra pessoais e com a capacidade de adaptação face aos agentes stressores.

Na perspetiva do bem-estar familiar, a saúde integra processos de retro alimentação num continuum entre estabilidade e mudança que permite transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida (ALARCAO, 2006; RELVAS, 1996)

Por sua vez HANSON (2004) defende que cada família tem características concebidas para manter a homeostase (em resposta a tensões vinda do ambiente externo), evidenciando em padrões circulares e como tal, a intervenções são direcionadas para o ciclo de mudança e não para acontecimentos isolados.

As interações dos seus membros, propiciadas pela proximidade e características próprias, permitem que ela tenha um papel ativo no acompanhamento do processo saúde/ doença de cada um deles. Os fatores internos e externos determinam a aprendizagem de comportamentos de saúde, assim como a capacidade de gerar equilíbrio entre mudança e estabilidade. A saúde familiar integra assim dois focos principais, o estado de saúde das pessoas que a compõem e uma descrição avaliativa das estruturas e das funções do sistema. (ALARCAO, 2006).

O fenómeno – Gestão ao regime terapêutico, enquanto foco de atenção de enfermagem, pode ser perspetivado de duas formas. Se por um lado ele é sujeito a stressores positivos ou negativos, consoante o contexto e a singularidade de cada Pessoa/família, e que contribuem para que este, enquanto resposta humana, possa ser eficaz ou ineficaz, por outro ele próprio e todas as adaptações e exigências inerentes aos seus processos, constitui um stressor.

Neste sentido, sejam processos de saúde/doença dos seus membros ou processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento, a família assume-se como fator de adversidade ou de proteção. (FIGUEIREDO E MARTINS, 2009 referindo MARTINS, 2002).

O stressores resultantes da convivência com uma doença persistente leva a família a reavaliar os seus saberes e práticas, construindo significados diferentes, mudanças nos seus padrões de vida e ações para se ajustarem, revendo objetivos e expectativas (FRAGUAS, G., SOARES, S. e SILVA, P. citando CHESLA 2005, 2008).

BUGALHO e CARNEIRO (2004) referem que os fatores sociais, económicos e culturais em que se destacam o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos influenciam a forma como as famílias gerem os regimes terapêuticos dos seus membros.

Assim, segundo FIGUEIREDO (2009) citando CARVER& SCHEIER (1994) e HANSON (1996) o padrão de resolução de problemas, resulta das interações produzidas no contexto familiar. Neste âmbito, MCCUBBIN & MCCUBBIN (1993, p. 30), referem-se ao coping familiar como o conjunto de *“...estratégias, padrões e comportamentos familiares concebidos para manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem – estar dos seus membros, obter ou usar os recursos da família e da comunidade para lidar com a situação e encetar esforços para resolver as necessidades da família criadas por um fator de tensão”*.

BETTY NEUMAN (1995) focaliza assim a reação da família ao *stress* e os fatores envolvidos na adaptação do sistema. A intervenção, no âmbito da gestão do regime terapêutico na doença crónica, é baseada:

- Na identificação, compreensão e classificação dos stressores que influenciam a gestão do regime terapêutico;
- Nos recursos disponíveis no ambiente comunitário ou na própria família que possam potenciar ganhos em saúde;
- Nas metas traçadas pelo enfermeiro/ família no sentido de preservar, manter ou restabelecer o equilíbrio nas varias dimensões da gestão do regime terapêutico.

Neste contexto a autora descreve as intervenções de enfermagem tendo em conta três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), resumidos no quadro seguinte tendo em conta a sua integração na problemática em estudo (QUADRO 1).

A promoção da saúde desagua na ativação e reforço das linhas flexíveis de defesa e constitui uma intervenção transversal nos cuidados, no sentido, por um lado da prevenção do desenvolvimento da doença noutros membros do sistema e, por outro, na prevenção da instalação de complicações na pessoa com diabetes. As intervenções propostas serão fundamentalmente a nível da identificação de stressores de modo a prevenir possíveis reações, no sentido da expansão da linha flexível de defesa.

Quando é instituído um regime terapêutico e a linha normal de defesa já revela influência de stressores, a atuação surge no sentido da revisão de tratamento dos sintomas e mobilização/otimização dos recursos internos e externos da família, de modo a atingir a estabilidade do seu sistema, numa primeira fase, e manutenção desta numa fase posterior. Pretende-se sobretudo capacitar para o equilíbrio do sistema, fortalecendo as linhas de resistência.

**QUADRO 1 – Níveis de intervenção sistémica na família da pessoa com diabetes no âmbito da gestão do regime terapêutico**

	FASE	OBJETIVO	DIMENSÕES DA GRT	INTERVENÇÕES
<b>PREVENÇÃO PRIMARIA</b>	Identificação dos stressores	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Identificação de fatores de risco de modo a prevenir possíveis reações, no sentido da expansão da linha flexível de defesa</li> <li>☛ Diminuir a possibilidade de reação</li> </ul>	Alimentação Atividade física	☛ <i>Informar, apoiar, motivar, integrar e educar</i>
<b>PREVENÇÃO SECUNDARIA</b>	Monitorização dos stressores	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Controlo e tratamento de sintomas após a reação a fatores de <i>stress</i> no sentido de fortalecer as linhas de resistência</li> <li>☛ Reduzir a reação</li> </ul>	Regime medicamentos o Auto vigilância Alimentação Atividade Física	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ <i>Mobilizar os recursos do sistema (internos e externos)</i></li> <li>☛ <i>Monitorizar, otimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar</i></li> </ul>
<b>PREVENÇÃO TERCIARIA</b>	Reabilitação/ Reconstituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Aumentar a resistência aos stressores, no sentido de prevenir novos episódios de reações</li> <li>☛ Preparar o sistema para identificação dos stressores e ele próprio criar defesas para se manter em equilíbrio após o tratamento</li> </ul>	Regime medicamentos o Auto vigilância Alimentação Atividade física	☛ <i>Estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar e providenciar</i>

Por outro lado, é sabido que os membros da família não se adaptam da mesma forma à doença crónica, pois cada pessoa possui uma crença a respeito do adoecer, vivenciando-o de maneiras distintas. Tal fato reforça a necessidade de identificar a fase do ciclo de vida familiar e o estágio de desenvolvimento individual de todos os seus membros (FRAGUAS, G., SOARES, S. e SILVA, P. citando ROLLAND, 2001; 2008).

É fácil depreender que nestes processos é necessária uma abordagem teórica que focalize a família, as suas relações e possíveis interfaces com a saúde e a doença. O Modelo de Avaliação Familiar de CALGARY (MCAF) (ANEXO III), pretende ser orientador da prática, constituindo-se como referência conceptual nos cuidados de enfermagem centrados na família. Permite avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o familiar e o suprassistema, através de instrumentos como o genograma e o ecomapa. Baseado numa perspectiva multidimensional da família, este modelo integra as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, cada uma delas dividida em categorias e subcategorias (WRIGHT, LM. LEAHEY, M., 2008).

As categorias são interdependentes, tomando o enfermeiro a decisão sobre a necessidade da utilização de cada uma delas, face à especificidade de cada família. O pressuposto central para a realização da avaliação é de que esta se deve centrar essencialmente nas interações entre os membros da família, sendo que o comportamento de cada um dos membros é compreendido no contexto.

A vivência de uma doença crónica na família, pode levar a que sejam necessários ajustes no funcionamento do sistema, refletido nas várias etapas do ciclo de vida. Por exemplo, o apoio do companheiro/cônjuge da pessoa ajuda na medicação prescrita é o mais importante fator explicativo da adesão (BENNETT, 2002).

A avaliação estrutural integra aspetos do conhecimento da família, com base em aspetos relativos a estrutura interna, externa e de contexto. Dá-nos uma visão sobre a composição da família, o vínculo entre os seus membros e entre estes e outros elementos, bem como o contexto onde a família se insere. A avaliação funcional caracteriza a forma como os membros da família interagem uns com os outros quer a nível de atividades do quotidiano quer a nível de padrões de interação.

A literatura sugere que as pessoas que possuem uma vasta rede de relações interpessoais demonstram maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos. Este suporte inclui não só o núcleo familiar mas também os serviços informais prestados pela vizinhança, pelos prestadores de cuidados comunitários e pela rede informal que os envolve (DUNST E TRIVETTE, 1990 citados por RAMOS, 2004).

Em complementaridade com o modelo de avaliação, surge o Modelo de Intervenção Familiar de CALGARY (MCIF), tendo como princípio fundamental da intervenção de enfermagem a ênfase no “*comportamento da enfermeira e a resposta da família*” (WRIGHT & LEAHEY, 2002, p. 9). Nesta perspectiva, as intervenções correspondem às respostas do enfermeiro à interação com a família, enquanto os resultados se expressam nas respostas da família. A finalidade da intervenção de enfermagem é a promoção da mudança, que decorre do processo designado por “*ajuste*” entre as intervenções propostas pelo enfermeiro e a estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família.

Assim, e ao analisar estratégias que levem as famílias a um maior envolvimento nos processos de gestão da saúde/doença dos seus membros, objetiva-se que estas sejam cimentadas na responsabilização, colaboração e participação ativa das mesmas nos cuidados à pessoa com diabetes, numa perspectiva de parceria efetiva de cuidados, de modo a que sintam poder sobre as suas escolhas.

O *empowerment* não é uma técnica ou estratégia, mas sim uma visão que orienta cada encontro com as Pessoas na adoção de novos papéis. O papel das famílias é o de estarem bem informadas e serem colaboradores ativos no seu próprio projeto de saúde. O papel dos profissionais de saúde é apoiar na tomada de decisão informada, deixando de ser responsável pelo outro passando a ser responsável com o outro.

## 2.2 – O MODELO DE EMPOWERMENT NA PRÁTICA CLÍNICA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A natureza crónica da diabetes, a complexidade da sua gestão, e as múltiplas decisões diárias a ela inerentes não se traduz simplesmente na adesão/não adesão da pessoa a um programa de cuidados pré-determinado. HONORÉ (2002, p. 187) refere ser necessário “*um despertar da cidadania para fundar um projeto de saúde. Ser cidadão da sua saúde, é ter a capacidade de criticar os métodos empregues pelos peritos. Agir de maneira mais comunitária. Para os peritos, trata-se de aceitar submeter os seus métodos e as suas técnicas a um debate público.*”

Com raízes nos movimentos que afirmam o direito da cidadania sobre variadas esferas sociais, o conceito de “*empowerment*”, surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata (1978), que pela primeira vez reconheceu a importância das pessoas assumirem o controlo

e responsabilização sobre a sua saúde (CARVALHO, S.R. 2004; URL <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1310.pdf>> ).

De acordo com HULME (1999) citado por HANSON (2004), o *Empowerment* pode ser visto como um resultado (estar capacitado), uma intervenção (capacitar) ou um processo (tornar capacitado), através do qual se pretende:

*“ (...) Capacitar pessoas, grupos e comunidades no emprego de estratégias e recursos para alcançar objetivos individuais e coletivos de forma ativa; adquirir conhecimentos e habilidades que ajudem indivíduos, grupos e comunidades na compreensão crítica das relações sociais e políticas e do próprio meio; adquirir competências através de experiência e intervenção, aplicadas a situações diversas.” (SOUZA et al, 2006 p.267)*

Nas várias doenças crónicas a responsabilização das próprias pessoas para o seu tratamento é o paradigma dominante. Assim, pretende-se que as pessoas adquiram conhecimentos suficientes para tomar decisões racionais, que possuem recursos adequados para implementar as suas decisões e experiência para avaliar a efetividade das suas escolhas.

Tal como refere OUSCHAN, R.; SWEENEY, J.; JOHNSON, L(2000), o processo de *Empowerment* visa ajudar a pessoa a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-o a participar ativamente na saúde individual. Os mesmos autores consideram que como conceito multidimensional, possui três dimensões de análise:

- ☛ Controlo percebido pela pessoa sobre a sua doença;
- ☛ Participação nos processos de tomada de decisão sobre a sua doença
- ☛ Perceção dos conhecimentos que a pessoa tem sobre o seu caso específico.

Trata-se de um processo transaccional e sinérgico (envolve interações com os outros e que foca soluções em detrimento dos problemas) sendo muito mais que um promotor de auto estima e de comportamentos positivos. Neste sentido, OUSCHAN, R *et al* (2000) analisaram as dimensões do *empowerment* em diferentes contextos. No contexto da Enfermagem os mesmos autores, citando ELLIOT e TURREL (1996) consideraram um conjunto de termos e atitudes utilizadas para descrever o *empowerment* da pessoa:

- ✚ Igualdade de acesso de cuidados;
- ✚ Resposta rápida às queixas;
- ✚ Direito a ser representado;
- ✚ Participação em auditorias e no desenvolvimento dos serviços;

- + Respeito pela autonomia da pessoa nas decisões sobre os cuidados de saúde;
- + Máxima disponibilidade de informação sobre o cuidar.

A OMS (2006) afirma que o *empowerment* pode ser analisado como um conceito dinâmico inter-relacionando os vários níveis (individual, grupal e comunitário). RAPPAPORT (1984) define o *empowerment* comunitário como o processo que permite que pessoas isoladas possam ser compreendidas, de forma que tenham influência direta nas decisões que afetam a sua vida. KATZ (1984) considerou também, existirem ligações intrínsecas e extrínsecas entre *empowerment* individual e o *empowerment* comunitário, como um paradigma sinérgico, onde as pessoas se inter-relacionam, partilhando recursos e motivações.

A bibliografia sobre promoção da saúde encara sistematicamente o *empowerment* como um modelo contínuo composto por cinco fases que abrangem os seguintes elementos: ação pessoal, desenvolvimento de pequenos grupos dinamizadores, organizações comunitárias, sociedades/parcerias e ação social e política (LAVERACK, 2008 citando JACKSON *ET AL*, 1989 E LABONTE, 1990).

Deste modo, *empowerment* é fundamental para fomentar nas comunidades a capacidade de serem elas próprias os atores dos processos de promoção da sua própria saúde e da resolução dos seus próprios problemas através da mobilização dos seus recursos. A colocação pró-ativa das comunidades no cerne dos processos de intervenção, num contexto de parceria e de partilha de poder privilegia a mudança efetiva na promoção da saúde aos diferentes níveis (MCELMURRY *et al.*, 1995; FARLEY, 1993, citados por SMITH, 2003, <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10961035>>).

Embora a maioria das abordagens teóricas do *Empowerment* não o focalizem especificamente no sistema familiar, há autores que conseguem incorporá-lo na prática com famílias, como o modelo apresentado na figura:



**FIGURA 2 – Modelo de empowerment familiar**

FONTE: SOUZA, A.; RIBEIRO, E.; ELSÉN, I.; ALTHOF, C (2006, p. 269) citando DUNST C.J., TRIVETTE C.M., DEAL A.G. (1995)

Segundo as autoras, a adoção deste modelo assenta numa perspetiva de sistemas sociais em que a família é percebida como unidade social imersa numa rede formal e informal, sugerindo uma intervenção mais abrangente e a provisão e/ou mobilização de apoio e recursos que direta ou indiretamente influenciam o quotidiano familiar. Esta visão reflete um processo dinâmico e fluido, que gera energia e poder de forma contínua.

Numa perspetiva sistémica, SOUZA *et al* (2006) acrescentam como contextos do *Empowerment* os representados pelos vários ambientes. Em cada um desses contextos estão implicadas dimensões importantes, tais como a filosófica, a paradigmática, a processual, a parceria, o desempenho e a perceção dos envolvidos. Este processo traz consigo movimentos que levam as famílias à passagem de uma situação de um sentimento de impotência para o de competência participativa, em que os elementos evoluem numa interação recíproca e cumulativa.

Na implementação deste modelo, os autores recomendam como princípios para o levantamento de dados e a intervenção alguns aspetos fundamentais, tais como: o foco nas necessidades, aspirações e desejos da família; a utilização dos estilos de funcionamento presentes nas famílias centrados nas forças e capacidades da família para promover a habilidade desta em mobilizar recursos (SOUZA *et al*; 2006).

Neste sentido, torna-se essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital. O padrão de resolução de problemas,

correspondendo às estratégias habitualmente utilizadas pela família perante fatores de stresse permite-lhe enfrentar as situações provenientes das contínuas interações internas e externas (ALARCÃO 2006; HANSON, 2004). Mais uma vez se salienta a importância do Modelo de CALGARY na avaliação familiar, uma vez que abrange todos estes aspetos.




O objetivo pode ser:


- ☐ Reestruturar uma situação - prevenção terciária: intervenção nas linhas normais de defesa e/ou resistência;
- ☐ Fortalecer comportamentos de coping (prevenção secundária) face a situações de crise e/ou
- ☐ Promover atividades de promoção de saúde em padrões de comportamento familiar - prevenção primária: fortalecimento linhas flexíveis de defesa (NEUMAN, 1995; SOUZA *et al.*; 2006).

Como é possível verificar, trata-se de uma abordagem que se identifica muito com os conceitos de Sistemas, nomeadamente na interpretação dos conceitos de ambiente, equilíbrio, bem-estar e intervenções por níveis de prevenção. No entanto, torna-se necessário analisar uma perspectiva estudada para a enfermagem e que faça emergir as interações enfermeiro/família na busca de contributos para a problemática em questão.

Neste sentido, GIBSON (1991) desenvolveu um modelo de *Empowerment* no âmbito do cuidado em enfermagem que, apesar de não aplicar o termo família de forma explícita, emprega tal como NEUMAN o termo cliente, no qual se evidenciam três dimensões (domínio do cliente, domínio cliente/enfermeiro e domínio do enfermeiro) inter-relacionadas e que se desenvolvem num determinado meio ambiente. A cada uma delas correspondem diferentes recursos, habilidades ou processos.

Segundo GIBSON (1991) para promover e reforçar o reconhecimento das suas necessidades, as pessoas devem desenvolver uma consciência crítica, baseada na liberdade responsabilidade e livre escolha, no sentido da construção do seu projeto de saúde. Considera ainda que, para que o conceito de *empowerment* seja interiorizado nos cuidados de Enfermagem é fundamental refletir nos seguintes pressupostos:









-  A saúde pertence a cada pessoa e é esta a primeira responsável por ela (citando LABONTE, 1989).
-  Os enfermeiros têm a responsabilidade de promover a saúde, mas não têm o seu monopólio (citando DUNST *et al.* 1988, HEGAR & HUNZEKER 1988).
-  Os profissionais de saúde necessitam de respeitar as influências sociais na saúde (citando BUTTERFIELD, 1990, LABONTE 1989, MINKLER, 1989).

 As pessoas têm a capacidade de tomarem decisões e agirem em seu próprio proveito, necessitando no entanto de conhecimentos que as auxiliem neste processo.

Desta forma, a concepção do *empowerment* familiar que se pretende desenvolver ao longo deste trabalho surge da integração do modelo de *Empowerment* para a Enfermagem desenvolvido por GIBSON (1991), com o Modelo de Sistemas de BETTY NEUMAN, representada esquematicamente em anexo (ANEXO IV)

No quadro seguinte é possível analisar algumas dimensões de ambos os modelos, de forma comparativa, de modo a que se evidenciem as respectivas analogias.

**Quadro 2 – Dimensões do Modelo de *Empowerment* para Enfermagem e do Modelo De Sistemas**

MODELO <i>EMPOWERMENT</i> (GIBSON, 1991)	MODELO DE SISTEMAS (NEUMAN, 1995)
1. A saúde pertence as pessoas e elas têm a primeira responsabilidade sobre ela.	 Promove a participação ativa da família na validação do significado das suas experiencia.
2. É fundamental a identificação dos recursos e necessidades das pessoas	 Foca a natureza da resposta da pessoa aos stressores
3. A capacidade individual de crescimento, autodeterminação e tomada de decisão das Pessoas precisa de ser respeitada, desde que lhes seja fornecida a informação necessária.	 É fundamental a identificação dos stressores intra inter e extrapessoais do sistema família
4. Ninguém pode capacitar ninguém, cada um deve auto capacitar-se.	 A família possui linhas de defesa (flexível, normal e de resistência) face aos stressores
5. Devem ser envolvidos todos os atores comunitários no processo.	 A família é vista como um sistema aberto em constante interação com o meio que a rodeia
6. Existe negociação, decisão partilhada, envolvimento e benefícios mútuos entre profissional e cliente.	 A pessoa e o enfermeiro trabalham em parceria no sentido de alcançar o nível ótimo de bem-estar e equilíbrio (proteger, restabelecer ou manter)
	 A decisão de intervenção resulta da <b>negociação colaborativa</b> de objetivos entre enfermeiro e família
	 Intervenção de enfermagem em três níveis de prevenção: prevenção primária (fortalecimento linha flexível de defesa) prevenção secundária (linha normal de defesa) e prevenção terciária (linha normal de defesa e linha de resistência)

O regime terapêutico na diabetes é exigente e complexo e requer a responsabilização da pessoa e família na aquisição de competências para assumir um papel ativo na gestão da sua doença.

Na prática, o que se procura induzir é um processo de mudança progressiva e sustentada e que a longo prazo permita uma aceitação e adesão ao regime terapêutico. Assim e tendo em conta os modelos referidos emerge neste sentido a importância dos processos de comunicação e negociação no processo terapêutico, como conceitos indissociáveis.

Saber negociar com eficácia é pois fundamental para o enfermeiro constituindo um processo complexo do ponto de vista racional, emocional e comunicacional. Estas competências assumem um papel importante quando se quer intervir a nível motivacional na modificação de comportamentos.

### **2.2.1 – A transversalidade do (s) processo (s) de negociação na gestão eficaz do regime terapêutico**

A negociação ocorre nos mais diversos planos da vida. Este processo representa um papel importante, de grande impacto potencial na sociedade e pressupõe um carácter fortemente interdisciplinar. Envolve necessidades que, para serem cumpridas, estão dependentes de ações das partes envolvidas que, para alcançar os seus objetivos, terão de obter um compromisso (LOURENÇO, 2006).

Negociar é mais que arte, representa o processo de comunicação eficiente, baseado na coragem de enfrentar desafios: *“É o processo de tomada de decisões em conjunto. É a comunicação, direta ou tácita, entre pessoas que tentam estabelecer um acordo para benefício mútuo”* (YOUNG, 1991 citado por LOURENÇO, 2006). Constitui-se na possibilidade de se fazer algo melhor por meio de uma ação conjunta através de um processo de sinergia. Negocia-se com alternativas no sentido do bem comum a ambas as partes.

Nos cuidados de saúde, a negociação pode ser definida como a compreensão mútua e da coordenação de interesses comuns para a consecução de objetivos no cuidado à pessoa e família (YOUNG J., MCCANN D., WATSON K., PITCHER A., BUNDY R. & GREATHEAD D., 2006 citando KEATING D., 1998).

Estes autores defendem que a negociação é um elemento fundamental da prática de enfermagem nos contextos diversos em que ela ocorre. Para apoiar esta afirmação ilustram como exemplos o enfermeiro gestor/restantes enfermeiros, o contexto interdisciplinar e a

interface enfermeiro/ pessoa cuidada. No entanto, concluem que os enfermeiros, muitas vezes não reconhecem a centralidade da negociação na sua prática.

Referindo-se ao cuidar na criança, afirmam ainda que há evidência de que os pais procuram uma parceria com o enfermeiro e é através da negociação que os papéis e as regras são mutuamente definidos. O êxito das negociações no âmbito da enfermagem é dependente da confiança do enfermeiro na sua capacidade de articular os seus conhecimentos, do seu compromisso com a natureza da ação e da consciência do que é “ser enfermeiro”.

Segundo a CIPE/ICN (2010, p. 98), o termo negociar refere-se ao estabelecimento de um contrato, ou seja, “ *conferenciar com alguém no sentido de alcançar um compromisso ou acordo*”.

NEUMAN e FAWCETT (2002) defendem que a enfermagem impulsiona com as pessoas a gestão do seu projeto de saúde. A interação é singular e a decisão de intervenção resulta da negociação colaborativa de objetivos entre ambos. Neste papel, o enfermeiro possibilita à pessoa/família a proteção o alcance ou a manutenção da estabilidade do sistema. Neste âmbito, também GIBSON (1991) inclui, no seu modelo de *empowerment*, na dimensão de interação enfermeiro/pessoa ao processo de negociação, entre outros.

Ainda, através da análise do próprio conceito de *empowerment* se evidenciou que se deve optar por técnicas participativas para aumento do controlo sobre os ambientes. Os elementos – chave são o conhecimento, o comportamento, habilidades e autorresponsabilidade, promovendo um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da negociação, participação e tomada de decisão. (FAZENDA, sd, <URL: <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>>).

Analisando as características definidoras do foco em análise, a gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes, está comprometida quando não se verifica a implementação de atividades na vida diária para as quais é necessário que se adquira o domínio de conhecimentos e habilidades práticas associadas ao treino que lhe confirmam competência para lidar do ponto de vista instrumental, ou técnico, com a sua condição de saúde.

Logo, negociar com a família neste contexto, envolve necessidades que, para serem cumpridas estão dependentes de uma parceria e de um compromisso comuns. VALENTINE (1998) citado HANSON (2004), refere que, para ser eficaz na capacitação da família o enfermeiro deve, para além do conhecimento teórico, colocar em prática suas competências educacionais. Assim, obtém-se um contrato no qual as intervenções de enfermagem serão

fundamentalmente no âmbito do monitorizar, otimizar, mobilizar, incentivar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar.

Porque uma disciplina não deve centrar-se apenas em conceitos que lhe são próprios, mas procurar entender algo mais abrangente, o complemento de outras áreas do saber, no sentido da compreensão dos fenómenos e das intervenções é preponderante. Neste sentido, seguidamente é feita referência às dimensões da negociação do ponto de vista económico, mobilizando e integrando os contributos considerados relevantes para esta conceção.

Segundo LOURENÇO (2006), é possível encarar um processo de negociação, tendo em conta duas áreas:

1. Orientação para os meus próprios objetivos e interesses;
2. Orientação para os objetivos e interesses dos outros intervenientes.

Com base nestas, definem-se dois tipos de negociação: negociação posicional e a negociação por princípios (LOURENÇO, M., 2006; URL, <[http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/programas/Pg%20Desenvolvimento%20Humano/pdf/Manuais\\_de\\_Microcr\\_dito\\_-\\_Negociao\\_o.pdf](http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/programas/Pg%20Desenvolvimento%20Humano/pdf/Manuais_de_Microcr_dito_-_Negociao_o.pdf).>)

A primeira caracteriza-se pela tomada e cedência de posições e ambos os lados vão alterando as suas exigências até se chegar a um acordo. O conceito principal associado a este tipo de negociação é a competição, onde o objetivo se fundamenta em “vencer o outro”. O foco está nas necessidades de uma facção, ignorando os objetivos e interesses dos outros.

Nesta perspetiva, a negociação não é mais que o uso da informação e do poder, com a finalidade de influenciar um comportamento. Esta atitude expressa a posição que muitas vezes o profissional assume face a pessoa com diabetes e família, para alcance dos objetivos planeados.

No âmbito do cuidado em enfermagem, MARQUES (2009) realizou um estudo qualitativo no contexto dos cuidados continuados integrados, objetivando compreender se as assimetrias nas interações entre o enfermeiro e o utente no sistema de cuidados de saúde, são produtoras de desigualdades sociais e de que forma o enfermeiro usa o poder no processo dos cuidados. Pelo cruzamento das características de poder presentes, as mesmas podem ter implícitos cenários de poder de controlo, hierarquia e assimetria entre o enfermeiro (que detém o poder) e o utente (que é coagido a submeter a este). A ação do enfermeiro torna-se numa relação de dominação quando não mobiliza nem desenvolve as capacidades ou interpretações do utente, limitando a sua autodeterminação.

Partindo dos trabalhos de FISHER e URY (1993), a Negociação por Princípios surge como um método de negociação explicitamente desenhado para dar origem a resultados eficientes

para ambas as partes, baseado não em posições mas em interesses. O foco é na cooperação e pode ser resumida em quatro pontos:

- PESSOA: Separação entre pessoas e problemas;
- INTERESSE Foco nos interesses, não nas posições;
- OPÇÕES: Originar variedade de opções previamente à decisão;
- CRITÉRIOS: Insistir em padrões objetivos para a tomada de decisão.

BRANDÃO ADALBERTO; DUZERT, YANN e SPINOLA, ANA TEREZA (2010, URL <<http://academico.direitorio.fgv.br/ccmw/images/8/8b/Negocia%C3%A7%C3%A3o.pdf>>

denominam como dez os elementos da negociação: Interesses, Alternativas, Opções, Legitimidade, Compromissos, Relacionamentos, Comunicação, Tempo, Conformidade, Contexto. A definição desses elementos é importante para o diagnóstico e compreensão de diferentes processos de escolhas, bem como para lidar com estratégias e planejar intervenções.

A família representa um sistema que interage entre si, criando subsistemas e supra sistemas mais amplos, na comunidade onde está inserida. Segundo HENNESSY & GLADIN, 2006, p.9, *“o foco nas famílias é no domicílio como cenário onde os membros da família devem, juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável”*. Assim o domicílio abrange um grupo de pessoas que partilham responsabilidades na saúde tornando-se um contexto que potencia as mudanças de comportamento conducentes a mais e melhor saúde.

Transportando estes conceitos para o contexto terapêutico da doença crónica, estabelecer uma parceria com clientes e familiares, tem inúmeras implicações para os profissionais de saúde que, habitualmente tomam uma postura essencialmente prescritiva.

O cuidar pode ser caracterizado *“(...) como um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança”* (MONIZ, 2003, p. 26). Dar autonomia significa dividir poder e habilidades e isto implica mudanças filosóficas e processuais nas interações enfermeiro/família, passando de uma atitude posicional para uma forma de negociar por princípios onde a cooperação e o equilíbrio de interesses emerge.

GRUMAN e VON KORF (1997) afirmam que relações eficazes de colaboração com os prestadores de cuidados de saúde podem ajudar as pessoas e as famílias a lidar melhor com as tarefas de auto cuidado face a doença crónica, denominando-se este processo de gestão colaborativa. Defendem como elementos essenciais 1) definição colaborativa de problemas 2) estabelecimento de objetivos realistas e planeamento em parceria 3) follow-up e apoio contínuo por parte dos profissionais de saúde. PIPER (2009) referindo VERMEIRE *et al* (2001)

corroborar afirmando que uma maior adesão representa resultados negociados, cooperação e parceria.

Neste sentido a HANSON (2004) referindo GRAY (1996) conclui que a ênfase na capacitação da família deve ser no envolvimento desta na definição e planejamento dos objetivos e não ser o profissional a fazê-lo. Também para NEUMAN (1995) e devido à influência da percepção da pessoa/ enfermeiro é importante que se promova a participação ativa da mesma na validação do significado das suas experiências. Esta ideia vai ao encontro de que capacitar inclui quer os comportamentos apreendidos e fortalecidos como resultado de experiências participativas, quer as avaliações que as próprias pessoas fazem das suas situações de vida.

Para além disto, é importante ter em conta que o contexto da negociação integra o componente social e o componente físico em que ela ocorre (FISHER & URY, 1993). Para estudar o componente físico devem identificar-se variáveis como o contexto e o tempo em que ela ocorre. A vantagem de negociar em território próprio será incremento de autoconfiança e a condução a comportamentos mais assertivos, para a pessoa que pertence a esse mesmo território.

Transportando esta ideia para os cuidados à família no contexto domiciliário é fácil depreender que a negociação neste contexto permite às famílias uma posição mais confortável e o estabelecimento de maior relação de confiança.

*“ A proximidade ao contexto domiciliário e à rede social das famílias ao longo do ciclo vital permite-nos resultados efetivos na intervenção familiar que reafirmam a importância das políticas de saúde e da emergente legitimidade dos contextos de saúde”* (FIGUEIREDO, 2006, P. 7). O domicílio surge então como o local privilegiado para o estabelecimento de uma parceria, invertendo um pouco a ideia de poder e controlo que sobressai das paredes de uma instituição de saúde.

O tempo é também um elemento importante. A continuidade de cuidados e o *follow up* permite uma avaliação do processo e um fortalecimento da relação.

Quanto a componente social, é importante reforçar que todos os atores devem estar envolvidos no cuidar a família. A construção de parcerias e a negociação em rede, ao invés de abordagem controladora da situação, constitui uma estratégia promotora de *empowerment* familiar e, a longo prazo, comunitário. Desta forma o olhar sistémico defendido por NEUMAN que parte de uma análise dos stressores e dos recursos existentes na comunidade culmina numa intervenção sistémica nessa mesma comunidade, na qual o enfermeiro é um mediador de contratos no sentido do bem-estar da pessoa e família.

Para tal, o enfermeiro especialista em ECSP tem a incumbência de conduzir o saber baseado na evidência científica para o cotidiano da vida das pessoas de diferentes culturas, respondendo de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) e facilitando efetivos ganhos em saúde. Como critério de avaliação da unidade de competência, acrescenta ainda que o enfermeiro especialista nesta área *“utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública”* (DECRETO-LEI 128/2011, p. 8669).

De seguida é então apresentada a pesquisa de evidência com vista à validação das estratégias propostas.

**PARTE II**  
**PROCEDIMENTO METODOLOGICOS**

**1 - CONTRIBUTOS DA EVIDÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO FAMILIAR**

Os avanços tecnológicos condicionam mudanças nas práticas, exigindo novas atitudes e formas de estar nos profissionais.

Para além da participação da pessoa e utilização da experiência profissional do enfermeiro subsidiarem a determinação das necessidades e condutas de cuidar, estas devem ser devidamente pautadas em melhores evidências científicas (SASTRE R.S, SOLÍS M.J.N., 2000). A tomada de decisão dos enfermeiros deve assentar em princípios científicos e pesquisas que comprovem a efetividade das suas intervenções.

Por definição, a Prática Baseada em Evidência (PBE) compreende o uso consciente, explícito e judicioso da melhor e mais atualizada evidência para a tomada de decisão sobre o cuidar (ATALLAH A.N., CASTRO A.A., 1998). Neste sentido, pretende-se que se pensem e executem os cuidados a partir da necessidade concreta das pessoas, procurando integrar na reflexão as intervenções terapêuticas que conduzem a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Esta estratégia objetiva assim maximizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, buscando a melhor tomada de decisão no sentido da construção de um nível mais elevado de saberes. Para a operacionalização desta metodologia, o profissional necessita construir um conjunto de competências relacionadas, principalmente com :

- a) Capacidade de analisar criticamente o contexto da prática;
- b) Habilidade de converter situações - problema em foco investigativo;
- c) Conhecimento sobre metodologia de pesquisa: desenho do estudo, análises de confiabilidade, efetividade, custo - benefício;
- d) Capacidade de associar os achados científicos ao seu contexto de prática e a

- e) Habilidade de implementar mudanças e de avaliá-las continuamente (ISERN MTI, 1999; SASTRE R.S, SOLÍS M.J.N., 2000).

Face ao exposto o presente trabalho assenta na via indutiva com o objetivo de promover a reflexão na ação e sobre a ação, mobilizando para a mesma a conceção teórica anterior.

Sendo o percurso de cada mestrando baseado em opções estratégicas no sentido de colmatar necessidades e objetivos pessoais em ensino clínico, pretendeu a autora, durante este percurso, seguir as linhas orientadoras da revisão sistemática de literatura em que os resultados dessa pesquisa, foram integrados na construção de melhores práticas (projeto de intervenção comunitária).

Assim e partindo destes princípios, descreve-se seguidamente o protocolo de pesquisa que suporta a componente metodológica deste trabalho.

### 1.1 - PROTOCOLO DE PESQUISA

O processo de *Empowerment* surge como motor de busca de forças do sistema familiar para enfrentar crises e transições, de uma forma autónoma, participativa e responsável. Pode ser desenvolvido com recursos a múltiplas estratégias, transformando-se cada uma delas em úteis instrumentos clínica.

O ganho na complementaridade dos diferentes elementos deste conceito reflete a coesão e a flexibilidade dos mesmos, através da implementação de processos como a comunicação, cooperação e negociação de papéis, nos quais o enfermeiro pode ser parceiro e mediador. (McCUBBIN E McCUBBIN, 1993; GIBSON, 1991). Emerge assim o conceito de negociação, a validar na seguinte revisão sistemática, concebida em estreita ligação com processos comunicacionais eficazes.

Numa tentativa de dar sentido e aproveitar todo o conhecimento produzido pelo suporte bibliográfico e de prover contributos para o projeto realizado, recorreu-se a bases científicas de descritores em saúde e lançou-se nas mesmas alguns conceitos de forma a proceder a sua validação e fiabilidade científica (URL: <<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>>). Optou-se pelos termos Nursing, Family, *Empowerment*, e Diabetes.

Por uma questão de uniformização utiliza-se o termo *Empowerment*, tal como se apresenta na base de descritores em saúde, na pesquisa e em todo o documento, considerando-se aquele que melhor reflete o sentido do processo.

É necessário também compreender a opção por gestão em detrimento de adesão ao regime terapêutico. Após operacionalização dos conceitos, conclui-se que o termo adesão constituiu um resultado e a gestão um processo, pelo que representa assim um foco com maior sensibilidade aos cuidados de enfermagem e que adquire ainda maior relevância no contexto familiar. Contudo, o conceito de adesão deve estar também presente no sentido de fornecer dados quantificáveis, refletindo a escolha livre e informada das pessoas, estando positivamente relacionado com uma gestão de regime terapêutico eficaz.

Perante qualquer doença crónica, impõe-se uma “vida em comum”, uma adaptação e controlo da mesma, tornando implícito a existência de um regime terapêutico. A diabetes não é exceção e a partir do momento que é diagnosticado, a pessoa é inundado com inúmeras “exigências”. Justifica-se aqui a opção do uso do conceito de diabetes, em detrimento do termo “regime terapêutico” nesta pesquisa.

Após este percurso e tendo por base as palavras-chave selecionadas, formulou-se a seguinte questão – problema: “ De que forma a negociação como estratégia de *empowerment* familiar influencia a gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes?”

A negociação incluída nesta interrogação foi transformada em critério e não em termo de busca, através da inclusão de estudos que aludissem a processos de negociação entre enfermeiro e família.

Os textos foram agrupados de forma a emergirem artigos que possam fornecer os contributos pretendidos, segundo protocolo em anexo (ANEXO V).

## 1.2 – ARTIGOS EMERGIDOS

Após a aplicação do protocolo supramencionado, de um total de 18 artigos retirados de bases da EBSCOHOST (CINHAL e MEDLINE), sujeitos à filtragem dos respetivos critérios, obtiveram-se quatro documentos utilizados como ferramenta de integração na construção da síntese reflexiva (ANEXO VI).

Da leitura geral dos quatro artigos evidenciam-se conceitos transversais à temática em questão como a importância da abordagem sistémica e do envolvimento da família e redes sociais no cuidado à pessoa com doença crónica/ diabetes. O estabelecimento de processos de negociação, sobretudo nos artigos referentes a programas de intervenção, é bem evidente mas sempre considerado numa lógica de parceria com os cuidadores.

Tendo em conta a apreciação crítica dos artigos (ANEXO VI), baseada em critérios como a qualidade dos mesmos a sua aplicabilidade no contexto da prática, as características do participantes e a viabilidade das estratégias utilizadas pelos autores (CRAIG, J. V. SMITH, R;2004), constrói-se no quadro seguinte, uma ponte para a intervenção planeada no ensino clínico realizado:

**QUADRO 3 – Contributos da evidência para o projeto realizado**

CONCEITO MOBILIZADO	ARTIGO	CONTRIBUTOS PARA O PROJETO A DESENVOLVER
<i>“Promotores de saúde” / “grupos de interajuda” “ A comunidade e as redes sociais como promotora de suporte material, instrumental, afetivo e informativo”</i>	MENDOZA-NÚÑEZ <i>et al</i> (2009)	Envolvimento dos cuidadores das instituições de apoio social como promotores de saúde
<i>“Negociação para gestão eficaz do regime terapêutico” “Importância do contexto e das relações interpessoais” “Importância da rede formal e informal”</i>	ABDOLI <i>et al</i> (2008)	Estabelecimento de um contrato com a família  Foco da intervenção na família inserida no seu contexto domiciliário e redes de apoio.
<i>“Modelo centrado no desenvolvimento das capacidades comunicacionais da família – parceria no cuidar “ “Criação de site na internet ”</i>	MOORE (2008)	Facilitar canais de comunicação enfermeiro/família (suportes escritos e linha telefónica)
<i>“Foco na identificação de stressores e nas soluções dos problemas”</i>	DUCHARME <i>et al</i> (2006)	Abordagem sistémica da família (NEUMAN e CALGARY)

Da mesma forma, nas competências do Enfermeiro Especialista em ECSP, definidas no Decreto-lei 128/2011, surgem uma serie de critérios de avaliação da mesma dos quais se salientam para a presente intervenção os seguintes (em consonância com os contributos da evidencia recolhida):

**QUADRO 4 - Critérios de avaliação de competências mobilizados para o projeto de intervenção**

CONTRIBUTOS DOS ARTIGOS PARA O PROJETO A DESENVOLVER	CRITERIOS DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAUDE COMUNITÁRIA E SAUDE PUBLICA (DECRETO LEI 128/2011)
<p><i>“Concebe, planeia e implementa programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais (...) Concebe e planeia (...) Coordena, dinamiza e participa (...) Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.” Decreto-lei 128/2011</i></p>	
<p>Envolvimento dos cuidadores das instituições de apoio social como promotores de saúde</p>	<p><i>“Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade”</i></p>
<p>Estabelecimento de um contrato com a família Foco da intervenção na família inserida no seu contexto domiciliário e redes de apoio.</p>	<p><i>“Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.”</i></p> <p><i>“Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde”</i></p>
<p>Facilitar canais de comunicação</p>	<p><i>“Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades. (...) Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde.”</i></p>
<p>Abordagem sistémica da família (NEUMAN e CALGARY)</p>	<p><i>“Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde”</i></p>

Assim, transportando estas informações para o ensino clínico decorrido e tendo em conta que a PBE deve desaguar na capacidade de associar os achados científicos ao contexto da prática e à sua monitorização contínua, nasceu o projeto de intervenção explanado no capítulo seguinte.

## 2 – ANALISE CRITICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLINICO

A intervenção integrada para promover comunidades saudáveis é uma prioridade política e a reforma dos Cuidados de Saúde Primários constitui a trave mestra na corporização dessa prioridade.

Entre as várias unidades funcionais criadas, compete à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), (artigo 11º do DECRETO LEI 28/2008), prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Os profissionais da UCC, integram e articulam as respostas existentes na comunidade, visando obter uma complementaridade funcional, constituindo-se como a estrutura que une e articula todos os atores locais na intervenção comunitária. Nesta unidade o Enfermeiro Especialista em ECSP assume um papel preponderante.

Este ensino clínico foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento. As primeiras semanas foram dotadas de extrema importância uma vez que de uma integração positiva advém um caminho para uma aprendizagem também ela positiva. A equipa da UCCE sempre revelou uma atitude facilitadora e colaborativa face ao desenvolvimento deste ensino clínico.

Os principais obstáculos, nos primeiros dias surgiram a nível da compreensão de especificidades inerentes à intervenção comunitária nos vários projetos e de todos os meios e recursos que são necessários mobilizar para tal. Foi necessário rever sobretudo legislação em vigor, protocolos de atuação e experienciar os instrumentos de registo usados.

Para que a prestação de cuidados seja planeada da melhor forma e de maneira a que seja adequada à população alvo, é imperativo que se tenha um conhecimento profundo das necessidades e carências dessa mesma população, recursos e redes de apoio bem como todo o contexto socioeconómico envolvente, para que se possam conceber formas eficazes de intervenção.

No início deste estágio e de forma a autodirigir a aprendizagem, foram delineados objetivos a atingir e planeadas atividades/estratégias no sentido da concretização dos mesmos. O projeto de estágio refletiu necessidades e objetivos pessoais, conjugados com serviço e orientações curriculares, servindo de guia orientador pessoal ao longo do ensino clínico e de base no processo de reflexão crítica que se apresenta. Nesta agregação de dados, foi preponderante o conhecimento do terreno detido pelos profissionais da equipa, o Diagnóstico de Situação de Saúde e Social do Entroncamento e as estatísticas do INE.

No presente capítulo serão analisados os objetivos propostos, no que respeita à sua concretização, às dificuldades sentidas e ao seu contributo tanto a nível pessoal como profissional, através do relato crítico das experiências mais significativas vivenciadas.

Por uma questão de organização, esta reflexão não tem por base, exatamente, os objetivos descritos no projeto de estágio, mas sim, uma compilação de atividades, de modo a simplificar e facilitar a sua compreensão, com ênfase no projeto de intervenção desenvolvido na equipa.

## 2.1 - PROGRAMA DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: PROJETO “CAPACITAR PARA O EQUILIBRIO: APRENDER A GERIR E A CONTROLAR A DIABETES”

No atual contexto socioeconómico e político, evidencia-se uma crescente preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença. No entanto, nas instituições de saúde ainda prevalecem intervenções aleatórias, que não potenciam os ganhos em saúde pretendidos e dissipam os recursos existentes. Torna-se premente, assim, congregar esforços no sentido de resolução dos vários problemas dependendo fundamentalmente do empenho e competência dos profissionais de saúde e da qualidade dos seus cuidados.

A ECSP intervém em múltiplos contextos, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (DECRETO LEI Nº128/2011).

A UCCE preconiza na sua carteira de serviços o projeto gestão do regime terapêutico dirigido a todas as pessoas em situação de risco, vulnerabilidade e ou dependência que abandonam, recusam ou descontinuam de forma reiterada o cumprimento terapêutico.

Como foi mencionado durante o enquadramento teórico e retirado da pesquisa efetivada (conforme QUADRO 3) é necessário olhar a pessoa com diabetes e família de uma forma sistémica e integrada. (NEUMAN, 1995), inserida num contexto comunitário. Para apostar na prevenção e promoção da saúde, enquanto estratégias que visam aumentar a capacidade de

gestão de projetos de saúde, é fundamental que se implementem programas educacionais, desenvolvendo o *empowerment* da pessoa, família e comunidade.

Por outro lado, as linhas estratégicas do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde.1998) assentam na gestão de forma integrada a diabetes de modo a reduzir a morbilidade e mortalidade associadas.

A participação comunitária é, segundo ZACUS, D. e LYSACK, C. (1998) o processo através do qual os membros da comunidade, individual ou coletivamente, com vários níveis de compromisso, desenvolvem a capacidade de assumir maior responsabilidade no que diz respeito à apreciação dos problemas relacionados com a saúde.

Uma das formas de operacionalização da participação comunitária é através de parcerias, ou seja, na distribuição informada, flexível e negociada de poder entre os vários participantes. Assim, a estratégia de uma adequada resposta em termos de saúde pressupõe a colaboração dos restantes recursos da comunidade num objetivo comum (QUADRO 3). Como tal, o presente projeto integrou as instituições parceiras da comunidade do Entroncamento no âmbito social e autárquico e ainda a imprensa local.

O cuidar à pessoa com diabetes é, na maioria das vezes, limitado às paredes de uma unidade de saúde, criando-se cenários, onde uns atores detêm poder e informação e outros são meros recetores da mesma. Ir ao encontro dos contextos e das vivências do outro permite colher informações preciosas, criar um ambiente de confiança e ainda envolver toda a rede social de apoio da pessoa. A visita domiciliária constitui-se como um instrumento muito valioso, permitindo potencializar recursos, facilitando a negociação e estimulando a adesão ao regime terapêutico.

Este projeto teve por base a metodologia do planeamento em saúde e assentou no acompanhamento das pessoas com diabetes/ famílias no seu meio, sendo escolhidos os espaços de formação e partilha quer nos domicílios, quer em locais da rede de apoio social (lares e centros de dia). Foi discutido e aprovado com a coordenadora da unidade e simultaneamente orientadora deste ensino clínico a inclusão no grupo alvo deste projecto pessoas/ famílias que mostrassem ineficácia na gestão do regime terapêutico na diabetes, sendo este farmacológico ou não farmacológico (ANEXO VII).

## 2.2 – OUTRAS ATIVIDADES

A ECSP desenvolve uma prática integrada e globalizante e revela elevada capacidade de responder de forma adequada a necessidades de grupos e comunidades, traduzindo essas intervenções em ganhos efetivos em saúde.

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde (DECRETO LEI 128/2011).

Na UCCE, exercem funções nesta área de especialização duas enfermeiras, acumulando uma delas, o cargo de gestão. Dos vários projetos incluídos no plano de ação desta unidade, foi possível a colaboração em alguns deles, especificamente em atividades inerentes ao conteúdo funcional supracitado.

### **2.2.1 – Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Curso de formação de cuidadores**

Como referido anteriormente estava previsto neste projeto integrar o curso de formação de cuidadores numa perspetiva de integração na área de interesse desenvolvida pela autora. Assim, foi incluído um bloco modular sobre a diabetes e as várias dimensões da gestão do regime terapêutico trabalhadas (alimentação, atividade física e auto vigilância) e que eram passíveis de serem dirigidas a esta população alvo, no sentido do seu envolvimento nos cuidados prestados às pessoas com esta patologia (ANEXO VII).

A avaliação da formação foi muito positiva e foi possível observar, nas visitas domiciliárias posteriores, sinais da colaboração destes elementos, como por exemplo, o registo da monitorização da glicemia, colaboração na supervisão/ administração de medicação e o encaminhamento de algumas situações.

### **2.2.2 – Programa de saúde escolar**

A Educação e Saúde são dois pilares indissociáveis e representam áreas parceiras nos cuidados de saúde primários. A todos os níveis, devem criar-se consensos e parcerias sólidas, que advoguem um trabalho em rede. Se por um lado compete à escola proporcionar um

espaço seguro e potenciador da aprendizagem, contribuindo para a adoção de comportamentos positivos, por outro, aos profissionais da saúde comunitária cabe a obrigação de manter e promover a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

As intervenções em ambiente escolar implicam uma interação que proporciona às crianças e jovens, hábitos e comportamentos favoráveis à sua saúde, o que se repercutirá no seu bem-estar geral. A Escola constitui um local de excelência para trabalhar com alunos, professores, pais e comunidade no sentido de os capacitar para opções saudáveis, permitindo assim, aos alunos o desenvolvimento pleno das suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si próprios, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio.

A UCCE desenvolve a sua intervenção em todas as escolas apostando em projetos de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável/prevenção de obesidade, da educação sexual e dependências.

Foi possível a colaboração nessas mesmas atividades através da organização, realização e avaliação de sessões de educação para a saúde no âmbito da educação sexual em jovens do 6º ao 9º ano, bem como na participação em reuniões de orientação das mesmas com professores. Salienta-se aqui a importância da avaliação e encaminhamento de situações de risco identificadas em meio escolar, em articulação com autarquia e outras instituições parceiras.

Deste modo, permitiu uma melhor compreensão do papel do enfermeiro especialista como promotor de uma estreita articulação desenvolvendo parcerias com o sector educativo e promovendo a educação para a saúde nos currículos e atividades escolares.

### **2.2.3 – Linha Saúde 24**

A Linha Saúde 24 é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa responder às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes.

Esta linha de atendimento constitui um dos pilares da prestação de cuidados de saúde integralmente focados no cidadão, facilitando o respetivo acesso a informação e a serviços de saúde. Disponibiliza triagem, aconselhamento e encaminhamento em situação de doença, aconselhamento terapêutico, assistência em Saúde Pública e outras informações gerais.

Durante este ensino clínico, foi possível contactar com estas atividades, exclusiva do Enfermeiro Especialista em ECSP. Foram para a autora, momentos singulares, já que

permitiram ter a noção da grande diversidade de conhecimentos que o enfermeiro deve mobilizar nesta área (os quais são colocados à prova no imediato) para além de competências relacionais primordiais na enfermagem como a comunicação e a escuta ativa.

Revela-se neste atendimento um cuidar em enfermagem diferente, sem rosto e conduzido numa voz, voz essa, que transporta muitas vezes apenas uma palavra de apoio ou a presença de um alguém que simplesmente escuta.

#### **2.2.4 – Espaço “ Mais Saúde”**

O marketing em saúde na promoção de estilos de vida saudáveis só é possível através do suporte dos parceiros locais na ajuda da sua difusão à comunidade e junto de grupos alvo, específicos. Para além disto, é importante divulgar todo o trabalho realizado na unidade.

Assim, através do espaço “Mais Saúde”, a UCCE, aposta no alargamento a toda a população de intervenções que promovam estilos de vida saudáveis, o controlo de patologias e prevenção de complicações.

No âmbito deste programa, a autora publicou um artigo no jornal e rádio locais, no sentido de divulgar o seu projeto e alertar toda a comunidade para a importância da problemática desenvolvida (ANEXO VIII).

### PARTE III

### DISCUSSAO

#### 1– EMPOWERMENT FAMILIAR: UM PROCESSO DE COMUNICAÇÃO E NEGOCIAÇÃO POR EXCELENCIA

*“ Se eu fizesse uma refeição diferente para ele, o dinheiro não chegava no fim do mês...” M.L*

*“ Tenho lá a maquina mas não a uso... não vejo nada e não consigo picar-me...” J.S”*

*No meio de tanto medicamento quais são os da diabetes? Ele diz que lhe da soltura... deixei de dar...” L.C*

A sociedade atual reflete pessoas com cada vez mais dificuldades na construção de uma adaptação eficaz às suas necessidades de saúde e processos de doença. Sendo a mudança apenas proveniente daqueles que se consciencializam e comprometem com ela a reflexão sobre o valor da autonomia das pessoas no seu projeto de saúde, integrando-as nos processos de decisão e planeamento dos cuidados demonstra melhores decisões na gestão dos processos saúde/ doença. Esta visão assume maior relevância nas doenças crónicas e em particular na diabetes, na qual a maior parte dos cuidados são prestados pelos próprios quando autónomos, ou pelos cuidadores, sendo uma condição, sobretudo de auto responsabilização.

No âmbito específico da saúde comunitária, o primeiro passo para a capacitação das pessoas e grupos dá-se quando o enfermeiro se preocupa com o contexto real das populações. Porém, compreender a ação humana é um processo complexo e ao mesmo tempo desafiante.

A família desenvolve respostas que permeiam a vivência da doença crónica, vinculadas em crenças, valores e características do grupo familiar, que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde e doença dos seus membros. Assim, da comunidade em geral é importante salientar a família como a primeira a sentir o impacto das implicações da doença, tornando-se necessário considerar a sua colaboração ativa no plano terapêutico.

Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos. Todo o plano de intervenção a pessoa com diabetes requer o conhecimento do contexto físico, das relações e dos papéis familiares. As frases supracitadas no início do capítulo refletem famílias e não pessoas. Os cuidados domiciliários e a avaliação / intervenção no domicílio permitem reconhecer hábitos e dirigir ações.

ABDOLI et al (2008, URL<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=17&sid=82799f1b-49f7-4434-be5d-9850fb483e19%40sessionmgr14>>), no seu estudo qualitativo concluem que o processo de *Empowerment* se divide em diferentes fases (ANEXO VI ) inter-relacionadas nas quais se evidencia o processo de decisão autónomo das famílias. Com efeito, a intervenção deverá ser estruturada numa lógica de parceria. Tal significa que profissionais e Pessoas se encontram numa relação de equidade no processo, ajudando as famílias a tomarem decisões informadas e a estabelecerem os seus próprios objetivos. Confirmam também a importância da negociação e da comunicação nas várias fases do processo de *Empowerment*.

Ainda neste âmbito, MOORE (2008, URL <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=17&sid=82799f1b-49f7-4434-be5d-9850fb483e19%40sessionmgr14>>) conclui que dotar os cuidadores familiares de competências comunicacionais, reflete maior assertividade conduzindo a melhores resultados na gestão do regime terapêutico. Neste estudo, a família constitui um elo fundamental entre o sistema formal e informal de cuidados. Os *Empowerment* foi objeto de avaliação pré e pós intervenção tendo-se observado aumento nos níveis do mesmo.

Face ao fenómeno “Gestão do regime terapêutico”, o enfermeiro deve primeiramente perceber de que forma as famílias percebem e filtram o mesmo, de que forma verbalizam as suas necessidades e estabelecem relações entre si.

O objetivo não é de assumir o controlo sobre o sistema familiar e sim promover a habilidade da família para negociar e atingir os seus objetivos, operando da melhor maneira possível. Neste sentido, o relacionamento estabelecido entre a família e o profissional que requer confiança, evolui para uma parceria. Esta competência assume um papel importante

quando se quer intervir na modificação de comportamentos e na motivação na gestão da saúde/doença.

De acordo com MENDOZA-NÚÑEZ *et al* (2009, URL <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=17&sid=82799f1b-49f7-4434-be5d-9850fb483e19%40sessionmgr14>>) o desenvolvimento de modelos comunitários baseados em redes de suporte social das famílias, focaliza e promove os vínculos de bem-estar. Os processos de educação partilhados durante a implementação deste programa constituíram uma mais-valia na gestão da doença e o *Empowerment* emergiu como base social na prevenção e controlo da diabetes (ANEXO VI).

Assim, o estabelecimento de parcerias efetivas com os diferentes atores sociais que constituem a rede de suporte familiar, podem confluír na construção de projetos, definindo estratégias conducentes à produção de resultados. A revisão teórica realizada revelou que existe maior suscetibilidade de mudança de comportamentos se estes forem negociados e particularizados, num processo de comunicação eficaz.

Como referido anteriormente, a negociação assenta num processo de comunicação bilateral com vista ao alcance de objetivos comuns e as conclusões dos estudos supramencionados salientam a relevância destes conceitos, baseados na equidade e conduzidos por princípios.

O projeto implementado vai de encontro ao defendido pelos autores referidos, refletindo uma lógica de parceria, envolvendo as famílias e comunidade no planeamento e prestação de cuidados que se lhes destinam. Tal significa que profissionais e famílias se encontram numa relação de equidade no processo de tomada de decisão. Toda esta nova visão comporta uma maior consciencialização do seu papel no processo de saúde.

Esta intervenção contribuiu e concretizou respostas face às necessidades identificadas, já que se previne complicações e gastos desnecessários, promovendo a autonomia e conseqüente permanência das pessoas nos seus ambientes, reduzindo recorrência constante aos serviços de saúde.

DUCHARME *et al* (2006, URL <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=125&sid=4895189c-dce1-440d-95d6-aa971c406721%40sessionmgr115>>) através de uma metodologia mista realçam a importância do papel do gestor de caso na formação dos cuidadores focando-os na identificação de stressores e solução dos problemas. Comprovam também a importância do apoio formal e informal. Tudo isto é possível através de um programa de educação terapêutica

adequado, onde não pode ser esquecida a participação da comunidade e das redes de suporte a que a família pertence.

O grau de sucesso com que a família negocia as mudanças e integra a doença na vida familiar implica reforço ou enfraquecimento do impacto dos fatores psicossociais na família, seja eles stressores positivos ou negativos, e ajustamento individual à doença. O objetivo é que se mantenha a pessoa/família na fase da negociação, permeada por princípios (contrato de saúde), realizada em território próprio (contexto domiciliário) e definida num contexto social e num determinado tempo (followup) (LACROIX e ASSAL, 2003; FISHER & URY, 1993).

Quem habitualmente cozinha? Qual é o nível socioeconómico da família? Quem habitualmente faz vigilância e administra a medicação? Qual a representação daquela doença naquela família? Constitui prioridade nos cuidados? Como são as relações/ papéis dentro e fora da família? São algumas das questões que só poderão ser corretamente validadas em contexto de cuidados domiciliários.

O uso da perspetiva sistémica ajudou a clarificar a ponte entre o conhecimento e a ação. Este modelo assume especial relevância em contexto comunitário, onde o ambiente constitui um todo complexo subdividido em várias partes, como por exemplo o ambiente familiar (NEUMAN, 1995). Esta visão permitiu uma análise multidimensional, respeitando a singularidade de cada família no sentido de maior equilíbrio, bem-estar e qualidade de vida da pessoa com diabetes.

No projeto implementado foi bem evidente a importância da colheita de dados inicial e a compreensão estruturo funcional das famílias. Na implementação do Modelo de CALGARY, foi essencial o foco nas necessidades, aspirações e desejos da família; a compreensão dos estilos de funcionamento para promover a habilidade desta em mobilizar recursos. Estas informações foram registadas no SAPE (avaliação inicial) de modo a permitir a continuidade de cuidados às famílias.

Conclui-se assim, que é essencial que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre as teorias que alicerçam a enfermagem de família, instrumentos de avaliação familiar, técnicas relacionais e de intervenção, tal como as referidas ao longo deste documento.

Durante a implementação do projeto foi possível conferir que a maioria da informação é fornecida pelas pessoas, a qual o enfermeiro usa para trilhar estratégias e caminhos. A partir daí estabelece-se um contrato de saúde onde cada parte assume responsabilidades e partilha experiências. Foi gratificante compreender a tomada de consciência das famílias das mudanças e atitudes assumidas.

Motivar as famílias para a mudança; apoiar e reforçar a adesão, envolver a rede de apoio; ouvir os seus medos, expectativas e interrogações e dúvidas; ter em consideração crenças e perceções ajudando-os a adquirir o conhecimento necessário para gerir a doença, foram importantes considerações mobilizadas da evidência e aplicadas durante o projeto.

O papel do enfermeiro na comunidade consiste em «possibilitar» a autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir da célula familiar processos de crescimento e desenvolvimento.

A negociação objetiva assim a mudança no sentido de correção de desequilíbrios no sistema (manutenção, restabelecimento ou preservação), face a necessidades e recursos identificados (NEUMAN, 1995). Este processo surge como um mediador de interação nos cuidados, tal como a confiança e a empatia. A finalidade da educação nesta filosofia é ajudar as famílias a tomar decisões sobre seus cuidados e obter clareza sobre seus objetivos, valores e motivações, fornecendo informação sobre várias opções de tratamento, o custo - benefício e a compreensão do seu papel de decisores e como assumir a responsabilidade pela sua saúde.

Contudo, toda esta assunção contrasta com a progressão silenciosa e galopante da própria patologia, que muitas vezes “adormece” quem habita... Neste sentido, é importante um acompanhamento contínuo onde se motive e promova a adaptação das pessoas, envolvendo a família e comunidade, numa responsabilidade partilhada e potenciadora dos recursos existentes.

## 2- CONSTRUINDO UM AGIR COMPETENTE BASEADO EM EVIDÊNCIAS: IMPLICAÇÕES FUTURAS

Os cuidados de enfermagem e o processo de cuidados, podem ser considerados como uma disciplina que requer práticas, metodologias e saberes científicos (AMENDOEIRA, 1999). Isto só acontece se a pessoa for o centro do processo, de acordo com o perspectivado pelas teorias de enfermagem e se as tarefas forem desenvolvidas com ênfase na qualificação dos profissionais (AMENDOEIRA citando MINTZBERG, 1996).

*“A «competencia» é entendida como a forma de mobilizar os saberes ( de qualquer tipo), acontece quando o enfermeiro domina a informação adquirida (...) referindo-se aos pressupostos e componentes de um modelo de cuidar em enfermagem, a partir de uma atitude reflexiva perante as situações praticas (...)” (AMENDOEIRA, 2004, p.22).*

LE BOFERT (2004) defende que o profissional desenvolve competências através de três dimensões: a das práticas ou da ação, a dos recursos disponíveis e a da reflexividade/ eixo da distanciamento. A competência deve ser fruto de uma dupla compreensão: a da situação sobre a qual intervêm e a forma como o faz. Resulta assim, na análise das práticas pelo distanciamento e tomada de consciência, no sentido de as concetualizar ou dando-lhes outra forma (esquemas de ação).

Por outro lado, *“A evolução do conhecimento em enfermagem como área disciplinar da saúde, proporcionara à sociedade a mais-valia essencial de profissionais que privilegiem a interação para o conhecimento dos outros (...) onde o sujeito de cuidados assuma o estatuto de parceiros dos mesmos, porque possui e mobiliza capacidades para tal.” (AMENDOEIRA, 2006, p.*

13;







*URL:*<http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/comunicacoes/AEnfermagemNoFuturoQueDisciplinaQueInvestigacaoQueFormacaoQueProfissionalidade.pdf>.

Este percurso reflete esta perspectiva no qual os cuidados foram pensados e executados a partir da necessidade concreta das pessoas, procurando integrar na reflexão, as intervenções terapêuticas que conduzem a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este percurso permitiu a operacionalização de competências quer no âmbito da PBE, quer no âmbito do planeamento em saúde, específicas inerentes ao conteúdo funcional do enfermeiro especialista em ESCP.

Numa altura em que a qualidade é uma prioridade nos serviços, pretende-se que também nos cuidados de enfermagem se criem movimentos de acreditação da prática instituída, cada vez mais alicerçados no pensamento crítico e na competência clínica, enquanto requisitos para a coordenação de processos de cuidar. Desta forma, a qualidade em saúde necessita do compromisso de todos os profissionais na implementação de práticas sistemáticas e sustentadas na melhor evidência científica.

Os enfermeiros são o grupo profissional que maior informação produz, processa, utiliza e disponibiliza nos sistemas de informação e documentação da saúde. Não obstante, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, indicadores e relatórios é, de algum modo, incipiente, impossibilitando, deste modo, a sua descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações (OE, 2005,p.9).

Assim e após este percurso infere-se que a consciência das reais necessidades de saúde pública/comunitária desagua no planeamento de soluções que, quando fundamentadas cientificamente, traduzem ganhos efetivos em saúde para as populações. Face ao supracitado é importante a aposta na documentação destas informações. Para tal, devem ser fundamentadas nos seguintes pressupostos:

-  Atuação baseada em necessidades reais e na evidência científica;
-  Integração e articulação aos três níveis de prevenção baseadas em modelos de enfermagem;
-  Trabalho em equipas interdisciplinares e multisectoriais;
-  Promoção da participação ativa das pessoas e comunidades nas decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde;
-  Formação contínua dos profissionais nas áreas a intervir;
-  Planeamento das atividades em função dos ganhos em saúde (indicadores).

A investigação começa agora a impor-se como prática quotidiana e nasce da necessidade de reflexão e de interrogações. Há uma grande riqueza metodológica a explorar e que desafia a enfermagem.

Neste sentido fica, na temática em questão, a proposta para a produção de investigação que verifique a negociação como instrumento na prática dos cuidados de enfermagem a pessoas com doença crónica e regimes terapêuticos complexos, analisando-a como um processo dividido em várias etapas, como por exemplo num estudo piloto que analise diferenças decorridas da implementação de uma intervenção que tenha por base o estabelecimento de um contrato com a pessoa/família. Por outro lado, é importante também

compreender qualitativamente a percepção das famílias e o que elas consideram como realmente importante nos cuidados a pessoa com diabetes.

O Plano Nacional de Saúde projetado até 2016 promove a aposta nas estratégias de *empowerment* do cidadão e dos cuidadores informais através da proximidade às equipas de família e continuidade de cuidados, reconhecendo-as como gestoras da saúde e responsáveis pela referenciação a outros níveis. Estes são fatores primordiais para moderar o acesso e reduzir a procura inadequada dos serviços de saúde.

Há, portanto, que instalar novas metodologias de trabalho que permitam a recolha e interpretação sistemática da informação. Há que desenvolver bases de informação e protocolos que permitam aos enfermeiros melhorar o planeamento e a utilização dos recursos existentes, explorando e rentabilizando potencialidades. Há que manter uma perspetiva de monitorização contínua de objetivos traçados, das atividades desenvolvidas e das metodologias adotadas. É também hora de emergirem as ciências sociais a partir dos contextos em que as pessoas vivem...

Fica para pensar... Porque *“Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias...”*

#### PARTE IV

#### BIBLIOGRAFIA

- ✎ ABDOLI S. ; ASHKTORAB T. ; AHMADI F. ; PARVIZI S.; DUNNING, T-  
**The empowerment process in people with diabetes: an Iranian perspective** [ em Linha]2008  
[ consultado em 2011-08-12 ] Disponível em  
URL<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=17&sid=82799f1b-49f7-4434-be5d-9850fb483e19%40sessionmgr14>>
- ✎ AFONSO; M.J.; RAPOSO, J.; BOAVIDA, J. - Será possível aumentar a adesão aos programas de educação alimentar? **Revista Portuguesa de Diabetes**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia. ISSN1646-3994. Vol. 1. Nº 1. Suplemento (2006) p. 103.
- ✎ ALARCÃO, M (2006). – **(Des) Equilíbrios Familiares**. 3ª edição. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN-13: 9789895580675.
- ✎ AMENDOEIRA, JOSÉ - **A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1999. Dissertação de mestrado.
- ✎ AMENDOEIRA, JOSÉ - Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. **Enfermagem**. Nº 35/36, 2ª série, Jul./Dez. 2004, pp. 13-22
- ✎ AMENDOEIRA, JOSÉ - Enfermagem no futuro: Que Disciplina? Que Investigação? Que Formação? Que Profissionalidade? [em Linha] Comunicações, 2006 [consultado em 2011-06-20] Disponível em  
URL<<http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/comunicacoes/AEnfermagemNoFuturoQueDisciplinaQueInvestigacaoQueFormacaoQueProfissionalidade.pdf>>
- ✎ ATALLAH A.N.; CASTRO A.A. - **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo. Centro Cochrane do Brasil.1998.
- ✎ BENNETT, P. (2002) - **Introdução clínica à psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✎ BRANDÃO ADALBERTO; DUZERT, YANN e SPINOLA, ANA TEREZA - **Negociação**[Em linha] Fundação Getúlio Vargas. 3ª Edição. 2010. [Consultado em 2011-6-20] Disponível em URL <<http://academico.diretorio.fgv.br/ccmw/images/8/8b/Negocia%C3%A7%C3%A3o.pdf>>
- ✎ BUGALHO, A. ; CARNEIRO, A.V. (2004). **Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**. Lisboa: Ensaio de cor Lda.

- ✂ CARVALHO, S.R. - Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. [Em linha] **Cadernos de Saúde Pública**. Volume 20. No.4. P.1088-1095, 2004. ISSN 1678-4464[Consult. 2011-6-20]. Disponível em URL <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1310.pdf>>
- ✂ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2001). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão beta 2**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa: Lusodidacta
- ✂ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2005) - **Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 1.0**. Geneva: InternationalCouncil of Nurses. ISBN 978-85-60187-04-1. Lisboa: Lusodidacta.
- ✂ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010) - **Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0**. Geneva: InternationalCouncilof Nurses. ISBN 978-92-95094-35-2. Lisboa: Lusodidacta.
- ✂ COUTO, L. M. S. L.; CAMARNEIRO, A. P. F. (2002) - **Desafios na Diabetes – Manual Sinais Vitais**. Coimbra, FORMASAU - Formação e Saúde, Lda.
- ✂ COX, D.J.; GONDER-FREDERICK, L. & SAUNDERS, T (1991) - Diabetes. Clinical Issues and Management *In* JERRY J. SWEET, RONALD H. ROSENSKY & STEVAN M. TOIVAN - **Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings**. London: Plenum Press.1991, p. 473-495..ISBN-13: 978-0306435508.
- ✂ CRAIG, J. V., SMITH, R. (2004) – **Prática Baseada na Evidência. Manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência.
- ✂ CROSS, JOANNE R. – Betty NEUMAN in GEORGE, JULIA B. e col. – **Teorias de Enfermagem – os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 227-240.
- ✂ DECRETO-LEI 128/2011"DR II Serie". 35 (2011-02-18) 8667.
- ✂ DECRETO-LEI nº 101/2006 "DR I Serie". 109 (2006-06-06) 3857.
- ✂ DECRETO-LEI nº 101/2006 "DR I Serie". 109 (2006-06-06) 3857.
- ✂ DECRETO-LEI nº 28/2008 "DR I Serie". 38 (2008-02-22) 1182.
- ✂ DUCHARME, FRANCINE; LEBEL, PAULE; LACHANCE, LISE; TRUDEAU, DENISE - **Implementation and Effects ofan Individual StressManagement Intervention forFamily Caregivers of an ElderlyRelative Living at Home: AMixed Research Design** [ emLinha]2006 [consultadoem 12/08/11] Disponívelem URL<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=125&sid=4895189c-dce1-440d-95d6-aa971c406721%40sessionmgr115>>

- ✂ DUNBER-JACOB, J. ; BOHACHICK, P. ; SEREIKA, S. ; WARREN, L. ; HIXENBAUGH, P. - Adherence and Diabetes. In MYERS, L.; MIDENCE K. - **Adherence to Treatment in Medical Conditions**. Amsterdam: HarwoodAcademic Publishers.1998. p.423-453. 2003.
- ✂ DUNST CJ, TRIVETTE CM, DEAL AG. (1995) - **Supporting & strengthening families: methods, strategies and practices**. Massachusetts: BrooklineBooks.ISBN 0-914797-94-8.
- ✂ EAGLY, A. H. & CHAIKEN, S., (1993) - **The psychology of attitudes**. Forth Worth: Harcourt Brace Jovanovich, Inc. Cap. 7.
- ✂ FAZENDA, ISABEL -**Empowerment e participação, uma estratégia de mudança**. [ em Linha] S.D. [ consultado em 25/07/10] Disponível em<URL <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>>.
- ✂ FIGUEIREDO, H. - **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**.Porto: Instituto deCiências Biomédicas de Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento.
- ✂ FIGUEIREDO, H; MARTINS, F. - Avaliação Familiar: Do Modelo de CALGARY de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. **RevEscEnferm USP**, Nº 3. (2009).
- ✂ FIGUEIREDO, M. - Sistema Familiar e Cuidados de Enfermagem. **Servir**.ISSN 0871-2370 Vol. 54, nº 1, p. 11-14. 2006.
- ✂ FISHER, R.; URY, W. (1993) - **Como conduzir uma negociação**. Edições Asa, Portugal.ISBN: 972-41-1135-0.
- ✂ FRAGUAS, GISELE; SOARES, SÔNIA MARIA AND SILVA, PATRÍCIA APARECIDA BARBOSA. - A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demanda e recursos.[Em Linha] **Escola AnnaNery Revista de Enfermagem**. Vol.12. No.2. 2008. P. 271 - 277. ISSN 1414-8145. [Consultado em 2011-06-20]. Disponível em <URL:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a11.pdf>>
- ✂ FREESE, B.T.- Betty NEUMAN: modelo de Sistemas. In **Teóricas de enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. Loures: Lusociência. 2004. p. 335-376.
- ✂ FRIEDMAN, M. (1998) - **Family nursing: Research, theory and practice**. Connecticut:Appleton&Lange. ISBN-13: 9780130608246
- ✂ GEORGE, J.B. (2000) - **Teorias de enfermagem**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed.ISBN-13: 9788573075878
- ✂ GIBSON, C.H. - A concept analysis of *Empowerment*.**Journal of Advanced Nursing**. Boston. Vol. 16. Nº3. (1991). p. 354-61. ISSN0309-2402.
- ✂ GOLIN, C.E.; DIMATTEO, M.R. & GELBERG, L. (1996).- The Role of Patient Participation in the Doctor Visit. Implications for adherence to diabetes care. **Diabetes Care**. Volume 9. No.10. P. 1153-1154.ISSN: 0149-5992.

- ✂ GRUMAN, J. & VON KORF (1997)-Collaborative Management of Chronic Illness.**AmericanCollegeofPhysiciansObserver** .1997 . Volume 127. No 12. P. 1097-1102. ISSN 0279-9529.
- ✂ HANSON, SHIRLEY (2004) - **Enfermagem de cuidados de saúde à família**. 2ªed. Lusociência: Loures. ISBN: 978-972-8383-83-1.
- ✂ HAYNES, B. - **Patient Adherence: The Missing Link**. [em Linha] 2006. [consultado em 25/07/10] Disponível em<URL <http://www.medscape.com/viewarticles/5362>>.
- ✂ HENNESSY, D. & GLADIN, L. - **The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study**.Organização Mundial de Saúde. [em Linha] Copenhaga.2006 [Consultado em 25/07/10]Disponível em <URL<http://test.cp.euro.who.int/document/E88841.pdf>>
- ✂ HESBEEN, W. (2001) - **Qualidade em enfermagem. Pensamento e ação na perspetiva do cuidar**. Loures, Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 978-972-8383-20-6
- ✂ HONORÉ, B. (2002). **A Saúde em Projeto**. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-31-2.
- ✂ ISERN M.T.I. - La evidencia científica: estrategia para la práctica enfermera. **Revista RolEnfermeria**. No. 22. P. 185-190. 1999. ISSN 0210-5020.
- ✂ JEREMIAS, ROSA CRISTINA; RODRIGUES, MOREIRA FÁTIMA - O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade. **Nursing**. Novembro 2010. p. 12-17 ISSN 0871-6196.
- ✂ JOYCE-MONIZ, L.; BARROS, L. (2005) - **Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e intervenção**. Porto, Edições ASA. ISBN: 9789724141220.
- ✂ KATZ, R. - *Empowerment and synergy: expanding the community's healing resources*.**Prevention in Human Services Journal**. Volume 3. No 2. P. 201-230. 1984. ISSN: 0270-3114.
- ✂ KEROUAC, SUZANNE(1996) –**El pensamientoenfermeiro**. Barcelona: Masson. ISBN84-4580365-4.
- ✂ LABONTE, R. - Community and professional *empowerment*. **The CanadianNurse Journal**. No. 3. P. 3-30. 1989. ISSN: 0008-4581.
- ✂ LACROIX A. ASSAL J.P. - **L'Éducation therapeutics des patients – Nouvelle approches de la maladiechronique**. Collection Éducation du Patient. 2ª edição. Paris. 2003.
- ✂ LAVERACK, GLENN (2008) – **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3.
- ✂ LE BOFERT, GUY (2004) – **Construire les compétences – individuelleset collectives**. 3ª Edição. Paris. Éditions d'Organization.

- ✂ LEITE, M.T.; BATTISTI, I. D. ; BERLEZI, E. M.; SCHEUER, A. I. - Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social[Em linha] **Texto & Contexto**. Vol.17 No. 2. Florianópolis. Abril/Junho 2008. ISSN 01040707 [Consultado em 2011-06-20]. Disponível em URL:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/05.pdf>>
- ✂ LOURENÇO, M. – **Negociação: manual nº 10**. [Em linha] Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2006 [Consultado em 2011-06-20]. Disponível em URL: <[http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/programas/PD%20Desenvolvimento%20Humano/pdf/Manuais\\_de\\_Microcr\\_dito\\_-\\_Negocia\\_o.pdf](http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/programas/PD%20Desenvolvimento%20Humano/pdf/Manuais_de_Microcr_dito_-_Negocia_o.pdf)>
- ✂ MARQUES, GINA – **Cuidados de enfermagem em cuidados continuados : cada caso é um caso**[Em linha] Lisboa: Universidade Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. 2009. Tese de Mestrado em Sociologia. [Consult. 2011-12-2]. Disponível em <URL: [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/478/1/Gina%20Marques\\_Disserta%20c3a7%20de%20Mestrado.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/478/1/Gina%20Marques_Disserta%20c3a7%20de%20Mestrado.pdf)>
- ✂ MCCUBBIN & MCCUBBIN - Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress and Adaptation. In. **Families, health, and illness: Perspectives on Coping and Intervention**. New York: Mosby. 1993.
- ✂ MENDOZA-NÚÑEZ, V. M; . MARTÍNEZ-MALDONADO, M. ; CORREA-MUÑOZ, E. - **Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly**. [ em Linha]2009 [ consultado em 25/07/10] Disponível em URL<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=17&sid=82799f1b-49f7-4434-be5d-9850fb483e19%40sessionmgr14>>
- ✂ MeSH BROWSER, Nacional Library of Medicine Medical Subject Headings, [Em linha]. [Consultado em 2010-07-19]. Disponível em <URL:[www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowtmlser](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowtmlser)>.
- ✂ MONIZ, JOSE MANUEL NUNES – **Enfermagem e a pessoa idosa**. Loures: Lusociencia. 2008. ISBN: 9789728383497.
- ✂ MOORE, CRYSTAL D. - **Enhancing Health Care Communication Skills:Preliminary Evaluation of a Curriculum for Family Caregivers**. [ em Linha]2008 [consultado em 25/07/10] Disponível em URL<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=17&sid=82799f1b-49f7-4434-be5d-9850fb483e19%40sessionmgr14>>
- ✂ NASCIMENTO DO Ó, N. ; LOUREIRO, I. - A motivação e a sua influência na auto-gestão da Diabetes Mellitus. **Revista Portuguesa de Diabetes**. No. 2. P. 11-14. 2006. ISSN 1646-3439.

- NEUMAN, B.; FAWCETT, J. – **The Neuman Systems Model**. 4ª ed. London: Prentice Hall, 2002.
- NEUMAN, BETTY (1995) - **The Neuman Systems Model**. Third Edition. Library of Congress. USA.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Nº17. Julho de 2005. Lisboa. ISSN 1646-2629.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2000) - **A cada família o seu enfermeiro**. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - **Do caminho percorrido e das propostas**. Conselho de Enfermagem. Lisboa. 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem. Lisboa.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Adherence to long-term therapies**. [ em Linha] 2003 [ consultado em 25/07/10] Disponível em <URL[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Cuidados inovadores para condições crónicas – Componentes estruturais de ação. Relatório Mundial**. Geneva. 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia** [ em Linha] 2006 [ consultado em 25/07/10] Disponível em URL <[http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes\\_new.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf)>.
- ORNELAS, J. - Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação. **Análise Psicológica**. Lisboa. Nº 12. (1994) p. 333-339. ISSN 0870-8231.
- OUSCHAN, ROBYN; SWEENEY, JILLIAN; JONHSON, LESTER – Dimensions of patient “empowerment”: implications for professional services marketing. **Health Marketing Quarterly**. Volume 18. P. 99-114. 2000. ISSN 1545-0864.
- PAIS-RIBEIRO, José Luís. – **Introdução à psicologia da saúde**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. 2007. ISBN 989 – 558 – 045 – 2.
- PAÚL, M. C.– **Percursos pela velhice: uma perspetiva ecológica em psicogerontologia**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar [s.n.]. 1991. Tese de doutoramento.
- PAÚL: M.C. (1997) – **Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente**. Coimbra: Almedina. ISBN: 972-40-1000-7
- PEREIRA, Filipe (2006) – **Relatório: Considerações diagnósticas (RMDE)**. Porto. Portugal, 1999

- ✎ PETRONILHO, F. - Produção de indicadores de qualidade - A Enfermagem que queremos evidenciar. **Sinais Vitais**. Janeiro 2009.p. 35-43. ISSN 0872-8844.
- ✎ PHANEUF, M. (2004) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-84-3
- ✎ PIPER, STEWART (2009) - **Health Promotion For Nurses**. New York, Taylor & Francis Ltd. ISBN: 9780415462631.
- ✎ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS. SPD – Dossier Diabetes: em conjunto, objetivos comuns. **Programa de controlo da Diabetes Mellitus**. Lisboa : SPD. Direção Geral da Saúde, 1998.
- ✎ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2002) - **Ganhos de saúde em Portugal: ponto da situação: relatório do director geral e alto-comissário da saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde.
- ✎ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde - **Elementos Estatísticos 2000**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2003. p. 57-62.
- ✎ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde; Sociedade Portuguesa Diabetologia – **Plano Nacional de Saude 2004-2010**. ISBN 972-675-109-8. Lisboa: Ministério da Saúde. 2004.
- ✎ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde; Sociedade Portuguesa Diabetologia - **Dossier Diabetes, em conjunto objetivos comuns. Programa de controlo da Diabetes Mellitus**. Lisboa: Ministério da Saúde. 1998.
- ✎ PROCHASKA, J.O; DICLEMENTE, C.C. - Stages of change in the modification of problem behaviors. **ProgBehavModif** 1992. p. 183–218.
- ✎ RAMOS, M. - Apoio social e saúde entre idosos. [Em Linha] **Sociologias**. Porto Alegre. Ano 4. Nº 7. Jan/Jun 2002, p. 156-175[Consultado em 25/07/10]. Disponível em WWW: URL<<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>>.
- ✎ RAMOS, N. (2004) - **Psicologia clínica e da saúde**. Lisboa, Universidade Aberta. ISBN: 9789726744368.
- ✎ RAPPAPORT, J. - Studies in *empowerment*: Introduction to the issue. **Prevention in Human Services Journal**. 1984. ISSN: 0270-3114.
- ✎ RELVAS, A. P (2000) – **O Ciclo Vital da Família, perspetiva sistémica**. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 9789723604139.
- ✎ RELVAS, A. P., ALARCÃO, M. – **Novas Formas de Família**. Coimbra: Quarteto, 2002. ISBN: 9789728717568

- ✂ RIBEIRO, MARIA LALANDA – **Reabilitação do jovem paciente esquizofrénico – atitudes e contributos dos cuidadores**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Médicas. 1996. Dissertação de Mestrado em Saúde Mental.
- ✂ RODRIGUES, C. (1998). **Motivação**. Porto: Contraponto Edições. ISBN: 978-972-646-104-3.
- ✂ SAKELLARIDES, C. - De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Nº 2. (2001). p. 101-108. ISSN0870-9025.
- ✂ SASTRE, R.S. ; SOLÍS, M.J.N. - Investigar desde la teoría y la práctica. **Revista RolEnfermeria**. No. 23. P.185-191. 2000. ISSN 0210-5020.
- ✂ SILVA, MARIO (2010) – **Adesão ao regime terapêutico**. Formasau. Coimbra.
- ✂ SILVA, I. ; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. - Adesão ao tratamento da diabetes mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. **Revista Referência**. Nº 2. P. 33-41. 2006. ISSN: 0874-0283
- ✂ SILVA, L. F. (2004) - **Sócio-antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença**. Lisboa, Universidade Aberta. ISBN: 9789726744283.
- ✂ SMITH, S.A.; LIEHR, P (2003) - **Middle Range Theory of Nursing**. New York: Springer Publishing Company. ISBN-13: 9780826119162.
- ✂ SOUSA, MARIA RUI; PEIXOTO, MARIA JOSÉ; MARTINS TERESA - Satisfação do diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. **Revista Referência**. Volumell. No. 8. P.59-67. 2008. ISSN: 0874-0283.
- ✂ SOUZA, A.; RIBEIRO, E.; ELSEN, I.; ALTHOF, C. – Construindo movimentos para o fortalecimento da família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. São Paulo. Vol.8. nº3. 2006. p. 265-272. ISSN 0080-6234.
- ✂ SPECK, V.R. (1989). La intervención en red social: Las terapias de red, teoría y desarrollo. In: **La práctica de la terapia de red**. Barcelona: Gedisa. ISBN 84-7432-338-X.
- ✂ STANHOPE, MÁRCIA; LANCASTER, JEANETTE – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e pessoas**. 1.ª Ed. Lisboa: Lusociência, 1999. p. 532-538. ISBN 972-8383-05-3.
- ✂ WHALL, A. & FAWCETT, J. (1991) -**Family theory development in nursing: state of the science and art**. F.A. Davis Company: Philadelphia.
- ✂ WRIGHT, LM. LEAHEY, M. (2008) -**Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. [Tradução de Silvia M. Spada] . 3ª Edição. São Paulo: Roca. ISBN: 978-85-7241-774-7.
- ✂ YOUNG, J., MCCANN, D., WATSON, K.M., PITCHER, A., BUNDY, R. AND GREATHEAD, D. - Negotiation of Care for a Hospitalised Child. Nursing Perspectives. [Emlinha] **Journal of**

**Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing**, No. 93. p.7-14. 2008. [Consultado em 2011-06-20]. Disponível em

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=21&sid=6d160739-bcc8-419c-9bed-2055df96f872%40sessionmgr13>

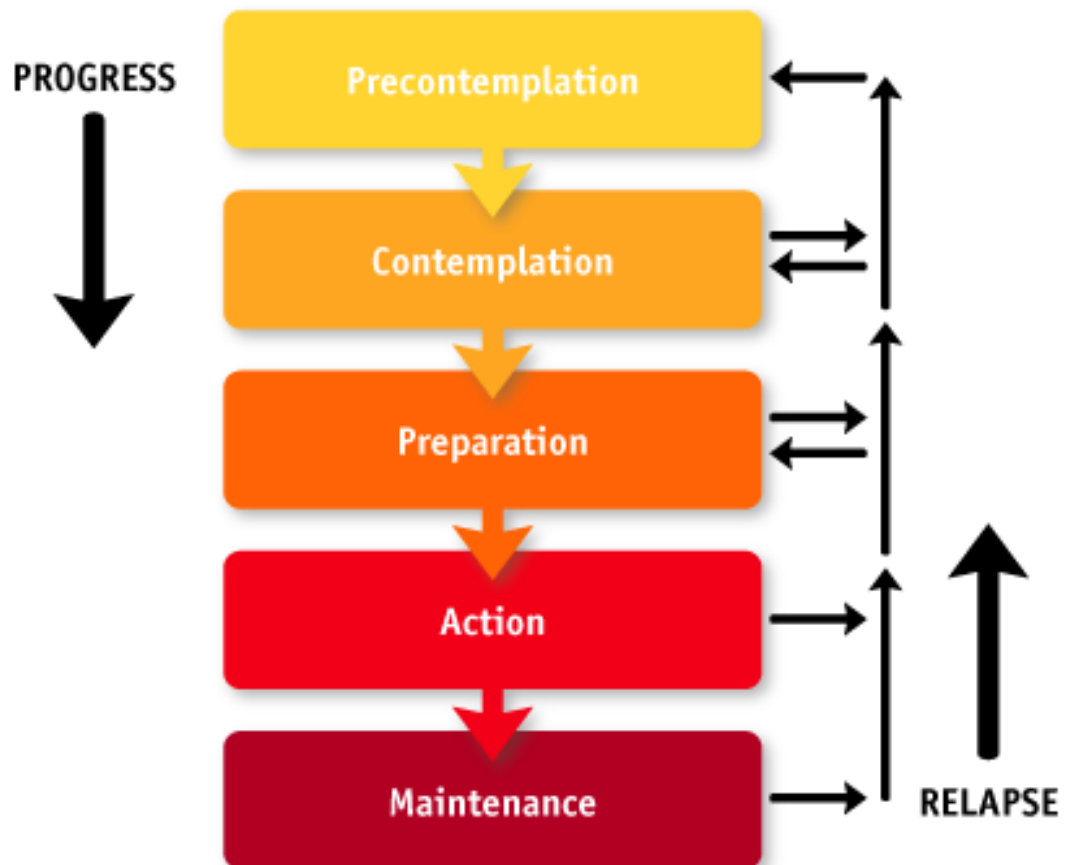
ZAKUS, D. & LYSACK, C., 1998. Revisiting community participation. **HealthPolicyandPlanning**. Nº 13. p. 1-12. **ISSN 0268-1080**.

**ANEXOS**

**ANEXO I**

**MODELO TRANSTEÓRICO DE PROCHASKA (1992)**

**FASES DO CICLO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS**

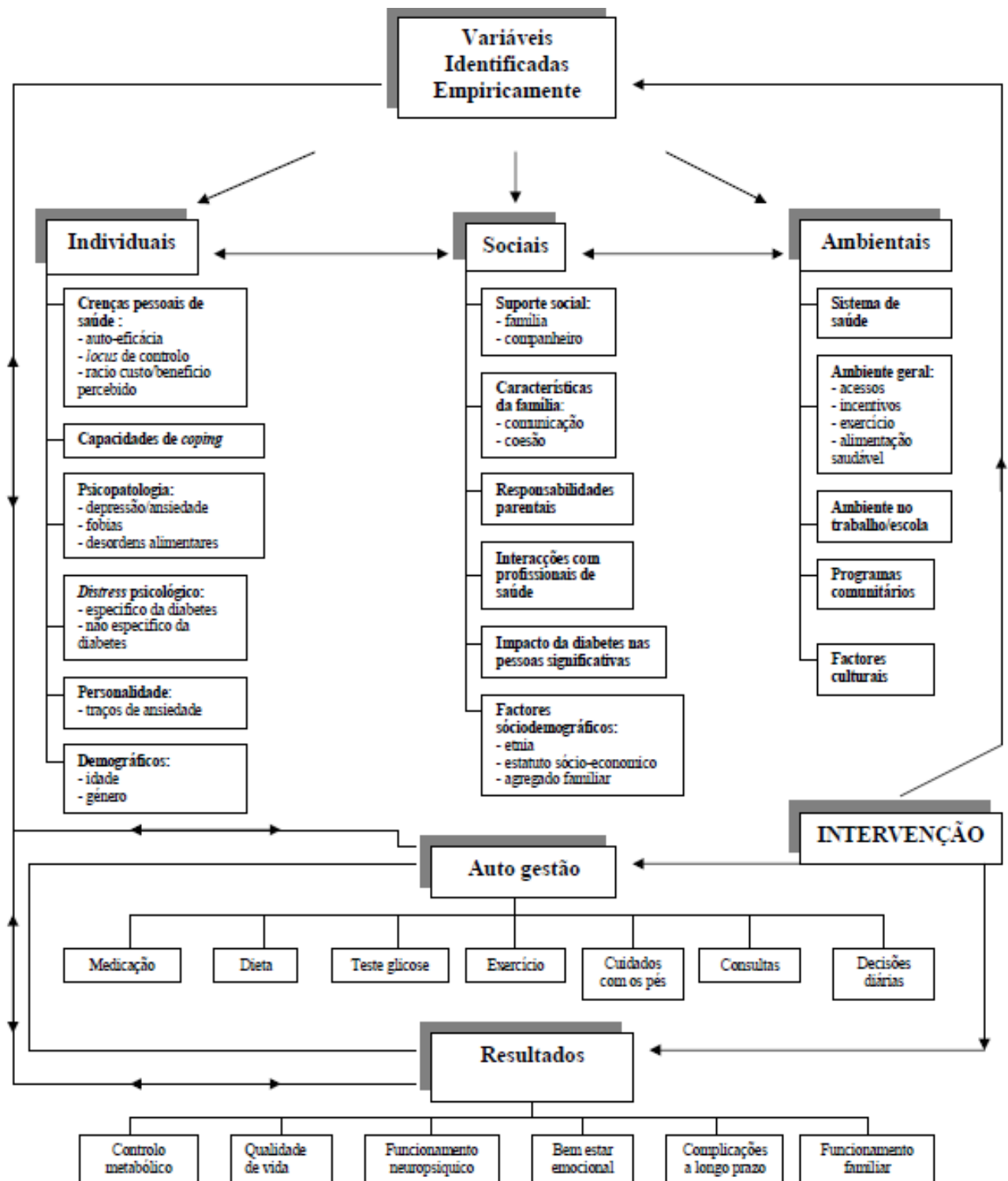


FONTE: PROSHASKA e DICLEMENTE (1992)

**ANEXO II**

MODELO PSICOCOMPORTAMENTAL (1991)

**Modelo Psicocomportamental**

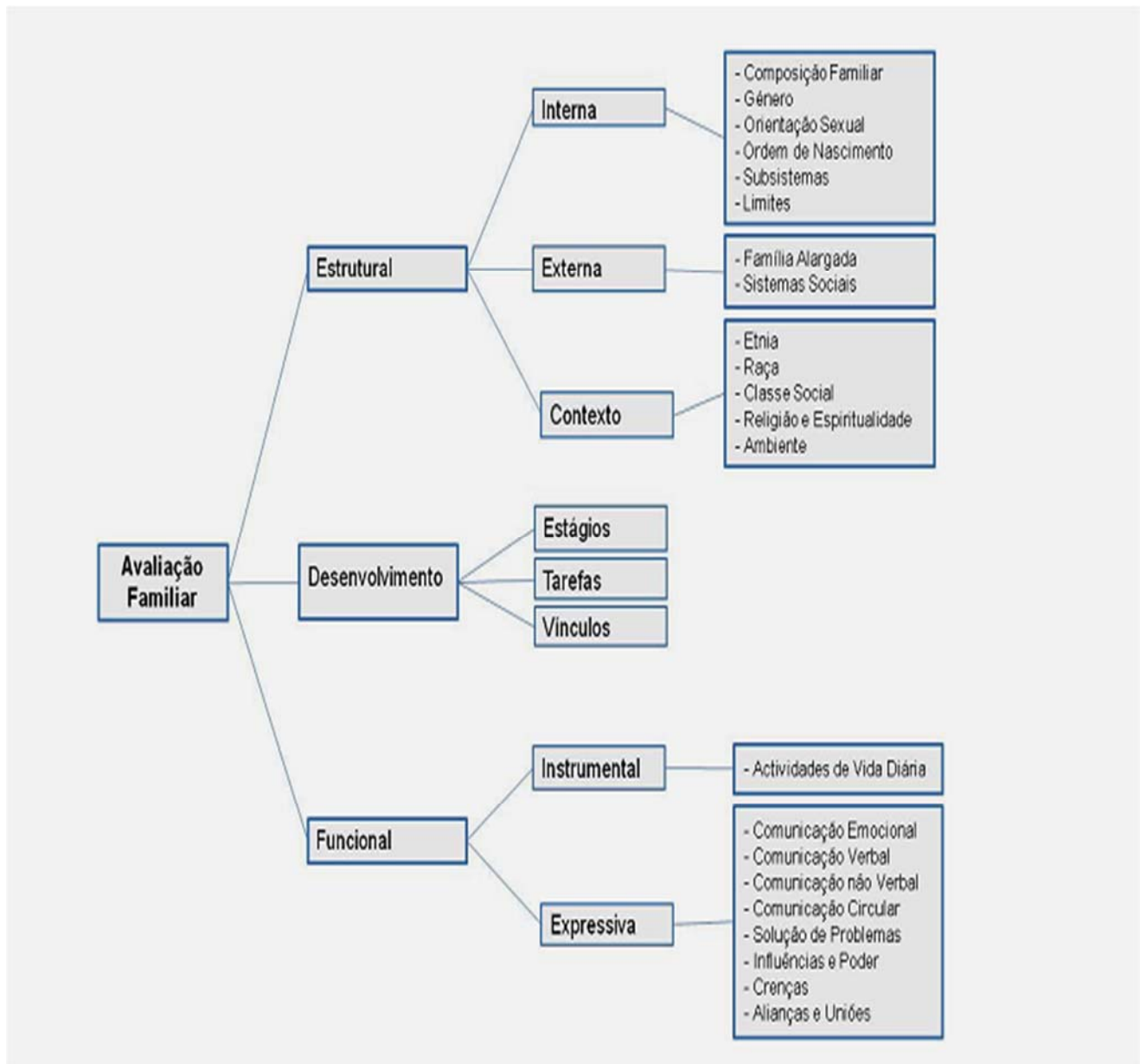


FONTE: Adaptado de GONDER-FREDERICK, COX & RITTERBAND (2002)

**ANEXO III**

MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE CALGARY (2008)

**MODELO AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA DE CALGARY**



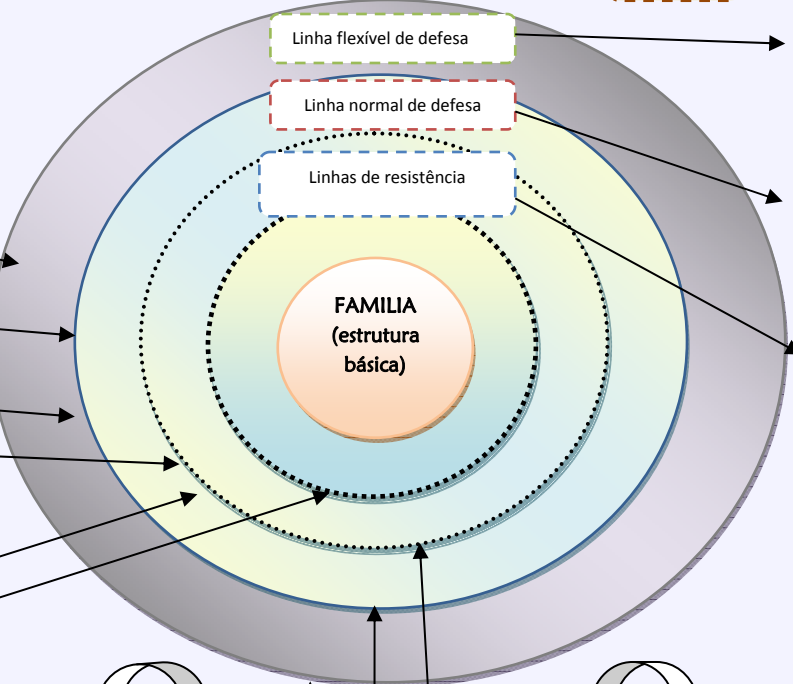
FONTE: WRIGHT, L. M., & LEAHEY, M. (2002)

**ANEXO IV**

**MODELO DE EMPOWERMENT: PERSPETIVA SISTÉMICA**

AMBIENTE

COMUNITARIO



- Actividades e projectos intersectoriais
- Políticas de saúde
- Crenças e representações da doença / regime terapêutico
- Situação económica

- Estado de saúde
- Indicadores de saúde na diabetes
- Determinantes sociais
- Estilos de vida
- Processos cognitivos

- Recursos disponíveis internos e externos:
- Suporte familiar
- Estratégias de coping
- Operacionalização do regime terapêutico

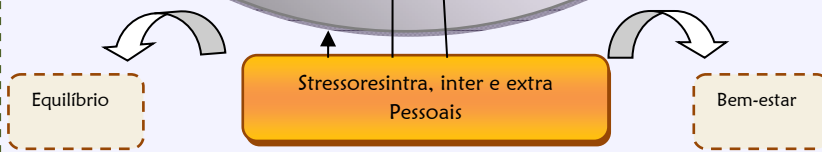
- DOMINIO DA ENFERMAGEM**
- Ajuda
  - Suporte
  - Conselheiro
  - Educador
  - Facilitador
  - Defensor/ Protector

- PREVENÇÃO PRIMARIA:**  
Prevenção de fatores risco

- PREVENÇÃO SECUNDARIA:**  
Controlo e tratamento dos sintomas da diabetes

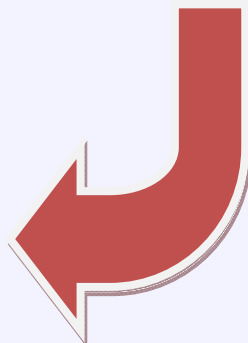
- PREVENÇÃO TERCIARIA:**  
Manutenção do equilíbrio – prevenção de complicações da diabetes

**Negociação colaborativa**  
*Enf./cliente*



- DOMINIO DA PESSOA**
- Auto-determinação
  - Auto eficácia
  - Controlo
  - Motivação
  - Aprendizagem
  - Crescimento
  - Domínio/poder
  - Melhoria da qualidade de vida
  - Melhor saúde
  - Sentido de justiça social

- INTERACÇÃO ENFERMEIRO / CLIENTE**
- Confiança
  - Empatia
  - Participação
  - Estabelecimento mútuo objectivos
  - Cooperação
  - Colaboração
  - Negociação**
  - Organização
  - Legitimidade
  - Vencer barreiras organizacionais



**ANEXO V**  
PROTOCOLO DA PESQUISA

**QUADRO REPRESENTATIVO DA FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PICO**

(P)	<b>Participantes</b>	Quem vai ser estudado?	A família da pessoa com diabetes	PALAVRAS – CHAVE  Enfermagem Família Empowerment Diabetes
(I)	<b>Intervenções</b>	O que vai ser estudado?	Estratégias de <i>Empowerment</i> Familiar	
(C)	<b>Comparações</b>	Podem existir ou não.		
(O)	<b>Outcomes</b>	Resultados / Efeitos ou Consequências	Gestão do regime terapêutico	

**PERGUNTA PICO:**

“ De que forma a negociação como estratégia de *empowerment* familiar influencia a gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes?”

VALIDAÇÃO  
DESCRITORES  
(<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>)

NURSING

FAMILY

“A social group consisting of parents or parent substitutes and children.”

EMPOWERMENT

Power (Psychology)

“The exertion of a strong influence or control over others in a variety of settings--administrative,

I. Nurs\*  
772835 ARTIGOS

II. Family  
133718 ARTIGOS

III. Empowerment  
3172 ARTIGOS

IV. Diabetes  
299312 ARTIGOS

CONJUGAÇÃO  
DE  
DESCRITORES:

I (ABSTRACT)  
+  
II (ABSTRACT)  
+  
III (ABSTRACT)  
+  
IV (ALL TEXT)

CONJUGAÇÃO  
DE  
DESCRITORES:

I (ALL TEXT)  
+  
II (ABSTRACT)  
+  
III (ABSTRACT)  
+  
IV (ALL TEXT)

FULL TEXT, 2005-2010  
BASES: Cinhal,  
Medline

3 ARTIGOS  
(excluídos após

FULL TEXT, 2005-  
2010  
BASES: Cinhal,  
Medline

17 ARTIGOS

CATALOGAÇÃO DOS  
ESTUDOS DE ACORDO COM  
APRECIAÇÃO CRÍTICA

4 ARTIGOS

- ⇒ 2 Artigos: opinião de peritos (baixa evidencia) repetidos
- ⇒ 2 Artigos: foco na medicina familiar
- ⇒ 1 Artigo: regime terapêutico farmacológico
- ⇒ 1 Artigo: Adolescência
- ⇒ 1 Artigo: Saúde materna
- ⇒ 1 Artigo: Doença aguda (cuidados intensivos)
- ⇒ 1 Artigo: Qualidade em saúde
- ⇒ 4 Artigos: Outras patologias

CRITÉRIOS DE **EXCLUSÃO**

- ☛ Artigos repetidos
- ☛ Foco medicina familiar e/ou regime terapêutico farmacológico exclusivamente

CRITÉRIOS DE **INCLUSÃO**

- ☛ Adulto tardio e idoso
- ☛ Estudos de nível de evidência superior a VI
- ☛ Abordagem a processos de negociação e estratégias de *empowerment*

**ANEXO VI**  
ARTIGOS CIENTÍFICOS

ARTIGO	TIPO DE ESTUDO	OBJECTIVOS	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
<p><b>ARTIGO 6</b></p> <p><b>Protocolo do estudo´</b></p> <p><b>“ Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly “</b></p> <p><b>(MENDOZA-NÚÑEZ VM, MARTÍNEZ-MALDONADO MDE L, CORREA-MUÑOZ E; 2009)</b></p> <p>MEDLINE database</p>	<p>Quantitativo: estudo de coorte longitudinal a decorrer entre 2009/2014</p> <p><b>NIVEL IV</b></p>	<p>Desenvolvimento de um modelo para prevenção e controlo da doença crónica em idosos, na família e comunidade, tendo em conta o paradigma do envelhecimento ativo.</p> <p>Validar tendo em conta impacto na qualidade de vida de custo-benefício</p>	<p>400 Idosos/ adultos tardios residentes em zona urbana e rural (MEXICO)</p>	<p>A implementação deste modelo permitirá o <i>Empowerment</i> dos adultos tardios/ idosos, o que constitui base social para a prevenção e controlo da doença crónica</p> <p>O desenvolvimento de modelos comunitários baseados nas redes de apoio social, foca e promove vínculos de bem-estar e partilha. Os processos de educação observados constituem uma mais-valia na gestão das doenças.</p> <p>Implementação programa durante 5 anos: formação de 40 promotores de saúde (nas área da gerontologia , intervenção familiar e desenvolvimento social) entre os sujeitos da amostra que, através da rede social deram origem 40 grupos de entreajuda no sentido da promoção da saúde e gestão da doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos seguintes indicadores pré e pos intervenção: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Empowerment</i></li> <li>2. Adesão terapêutica</li> <li>3. Incidência de doenças crónicas</li> </ol> </li> </ul>	<p>(a decorrer)</p>

4. Esperança média de vida sem doenças crónicas aos 60anos
5. Anos de vida perdidos devido ao desajustamento à incapacidade
6. Anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura
7. Anos de vida com incapacidade

**ARTIGO 8**

**“ The Empowerment process in people with diabetes: an Iranian perspective”**

(ABDOLI, S.;  
ASHKTORAB, T. ;  
AHMADI, F. ; PARVIZI  
S. &DUNNIG, T.  
;2008)

Qualitativo: teoria fundamentada– NIVEL VI

Explorar o processo de *Empowerment* na população Iraniana

16 Participantes dos 21 aos 73 anos

O processo de *Empowerment* divide-se em diferentes fases inter-relacionadas:

1. Stress e vergonha no diagnóstico (o principal factor nesta fase é a relação de confiança com a equipa de saúde)
2. Vontade de aprender (procura de informação: educação terapêutica como motor de conhecimento, aceitação e controlo sobre a doença)
3. Vivendo com medo (medo da dependência e das complicações)
4. Aceitação (negociação)
5. Gestão eficaz (controlo sobre os efeitos da doença e viver o mais “normalmente” possível, apoio na cultura, nas crenças religiosas, no envolvimento da rede familiar e na equipa de saúde; referencia ao baixo apoio politico)

database

**ARTIGO 11**  
**“Enhancing health care communication skills: preliminary evaluation of a curriculum for family caregivers”**  
**(MOORE C. D. ;2008)**

Misto  
 Quantitativo - estudo transversal descritivo  
 Qualitativo - entrevistas telefónicas  
**NIVEL VI**

Avaliar a efetividade de um programa nas atitudes e comportamentos comunicacionais dos cuidadores familiares. O objetivo desta intervenção foi capacitar e treinar os cuidadores familiares nas competências comunicacionais, no sentido se serem

65 Cuidadores familiares (51 questionários - pré e pós um workshop de 14 meses + 14 entrevistas telefónicas de avaliação)

6. “Sentir-se capacitado” (autoconfiança, os doentes acreditam nos seus poderes e capacidades para controlar a doença)
  - Os doentes e as famílias devem ser autónomos na tomada de decisão
  - Importância dos contextos e das relações interpessoais entre os pares (família e redes sociais) e a equipa de saúde

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, devem compreender as diferentes fases do processo de *Empowerment*, de modo a identificar as mesmas e ajudar a pessoa/ família a viverem cada uma delas positivamente.

O currículo forneceu aos cuidadores familiares ferramentas comunicacionais, que melhoraram a assertividade e levaram a maior capacitação, o que conduziu a um maior envolvimento com a pessoa doente no seio familiar, e conseqüentemente a uma melhor gestão do seu regime terapêutico.

O estudo deu origem a um site [www.familycaregiver.org](http://www.familycaregiver.org) no qual as famílias podem aceder ao mesmo, aos instrumentos usados e ainda a outras informações importantes no âmbito dos cuidados de saúde.  
 Os enfermeiros que fazem cuidados domiciliários devem ser parceiros das famílias e leva-los a por ex monitorizar parâmetros e registar observações entre as visitas, promovendo-se um modelo de cuidados centrado na família e não no doente.

CINHAL plus

A família é um potente e eficaz

<b>database</b>		elementos positivos na gestão das crises.		elo entre o sistema de saúde formal e informal, sendo fonte primária de recolha de dados e necessidades e posteriormente de coordenação e gestão dos cuidados a pessoa doente.	
<b>ARTIGO 17</b>	Misto:	Avaliar a	81 cuidadores	Programa de intervenção na	A intervenção revelou resultados significativos na
<b>“Implementation and Effects of an Individual Stress Management Intervention for Family Caregivers of an Elderly Relative Living at Home: A Mixed Research Design”</b>	Estudo quase experimental descritivo	implementação e efeitos de um programa de intervenção na gestão do stress.	familiares de pessoas idosas com doenças crónicas	gestão do stress a cuidadores familiares de pessoas idosas. A intervenção foi desenhada numa metodologia de investigação-ação através da colaboração de gestores de caso em centros de saúde comunitários.	capacitação dos cuidadores nos seus cuidados conseguindo a maioria alcançar o seu objetivo inicial em relação ao stressor identificado.
	Estudo qualitativo – entrevista semi estruturada			Aplicação de seis escalas (sobrecarga do cuidador; stress do cuidador; sofrimento psicológico; saúde cuidador e avaliação do alcance dos objetivos propostos) antes e	Observou-se melhoria nas diversas variáveis monitorizadas, incluindo desafio percebido e auto controlo da situação, controle percebido por outros (apoio social informal / formal) e o foco na solução do problema como estratégia de coping.
(DUCHARME FRANCINE; LEBEL PAULE LACHANCE,	<b>NIVEL VI</b>				Os dados qualitativos demonstram maior capacitação dos cuidadores face ao seu papel.
					Este estudo ilustra a relevância do uso de métodos

LISE, TRUDEAU,  
DENISE; 2006)

depois da intervenção

de investigação mistos para comprovar a evidência  
na mudança de práticas.

**CINHAL plus**  
**database**

**ANEXO VII**  
PROJETO DE INTERVENÇÃO

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITARIA**

**UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO II**



# PROJETO DE INTERVENÇÃO

Trabalho elaborado por:

- Liliana Borges nº 090431021

**Santarém**

Junho 2011

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITARIA**

**UNIDADE CURRICULAR ESTAGIO II**



# PROJETO DE INTERVENÇÃO

“Capacitar para o equilíbrio – “Aprender a Gerir e Controlar a Diabetes”

Professora titular: José Amendoeira

Professora Orientadora: Fátima Saragoila

Enfermeira Cooperante: Sónia Pereira

**Santarém**

**Junho de 2011**

*“Que nunca caíam  
as pontes entre nós...”*

**Pedro Abrunhosa**

## **SIGLAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IDF – International Diabetes Federation

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCD – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCE – Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento

## **ABREVIATURAS**

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

Esp.<sup>a</sup> - Especialista

## INDICE

INTRODUÇÃO .....	8
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA .....	10
3 – METODOLOGIA .....	15
2.1 – POPULAÇÃO - ALVO E PARCERIAS .....	17
2.2 - OBJETIVOS.....	19
2.3 – ATIVIDADES PROPOSTAS .....	20
2.4 - INSTRUMENTOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO.....	21
4 - RESULTADOS .....	23
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
6 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	28
ANEXOS.....	30
<b>ANEXO I</b> .....	31
Esquema do projeto .....	31
<b>ANEXO II</b> .....	33
Caracterização do grupo alvo.....	33
<b>ANEXO III</b> .....	40
Plano da formação .....	40
<b>ANEXO IV</b> .....	44
Comprovativo da frequência de formação .....	44
<b>ANEXO V</b> .....	46
Manual de apoio às famílias .....	46
<b>ANEXO VI</b> .....	57
Exemplo de registo na base de dados.....	57
<b>ANEXO VII</b> .....	59
Plano de atividades .....	59
<b>ANEXO VIII</b> .....	61
Indicadores de avaliação do 1º trimestre .....	61

## **INDICE DE GRÀFICOS**

GRÁFICO 1- Distribuição de pessoas inscritas no C. S. Entroncamento com diabetes; com “pré diabetes”; sem patologia	11
---	----

## **INDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Domínios do planeamento em saúde	16
FIGURA 2 - “Pentíade” na gestão regime terapêutico na Pessoa com Diabetes atividades incluídas no projeto “Capacitar para o Equilíbrio - Aprender a Gerir e Controlar a Diabetes	22

## **INDICE DE TABELAS**

TABELA 1 - Hemoglobina glicosilada final * Diagnostico final papel prestador de cuidados	24
TABELA 2 - Hemoglobina glicosilada final * Diagnostico final Gestão do Regime terapêutico	24
TABELA 3 - Diagnostico final Gestão do Regime Terapêutico * Diagnostico final Adesão ao Regime Terapêutico	25
TABELA 4 - Diagnostico final Gestão do Regime Terapêutico * Referenciação	25

## RESUMO

A conjuntura socioeconómica e política impõe desafios e exigências ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública, nomeadamente no que concerne à otimização das suas competências, em particular no âmbito do planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes.

Para apostar na prevenção e promoção da saúde, enquanto estratégias que visam aumentar a capacidade de gestão de projetos de saúde, é fundamental que se implementem programas educacionais, desenvolvendo o *empowerment* da pessoa, família e comunidade.

Integrado no plano de ação da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento e tendo por base a recolha previa de evidência e o diagnóstico de situação da comunidade em questão, foi delineado um projeto de intervenção (perspetivado para 12 meses) que visou o acompanhamento da pessoa com diabetes/ família, de forma a capacitá-la para uma autogestão efetiva da diabetes, contribuindo em última instância para ganhos em saúde nesta área.

Teve como população alvo as pessoas com diabetes, respetivas famílias/ cuidadores e ainda prestadores de cuidados pertencentes a redes sociais (instituições que prestam apoio social no âmbito dos cuidados de alimentação, higiene e conforto).

No final do primeiro trimestre, obteve-se melhoria nos domínios da gestão do regime terapêutico em termos de eficácia, conhecimentos e/ou habilidades (auto vigilância, alimentação, atividade física, regime medicamentoso e papel do prestador de cuidados) na maioria das famílias, melhoria no controlo metabólico da doença e um grau de satisfação acima da média de todos os intervenientes.

No caso de pessoas que enfrentam regimes terapêuticos complexos como é exemplo a situação da diabetes, o enfermeiro assume a mediação de processos de negociação e comunicação com a pessoa, família e comunidade.

Conclui-se que a mobilização de esforços dos diferentes atores sociais em prol de um mesmo objetivo traduz-se em ganhos em saúde para as populações.

## INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular Estágio II, inserido no plano de estudos do 2º ano, 1º semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSS, pretendeu-se o desenvolvimento de estratégias de intervenção em cuidados especializados após a análise de situações de saúde/doença da família /comunidade em contexto transdisciplinar. Numa lógica de planeamento em saúde a opção recaiu, no caso da autora, na implementação de um projeto de intervenção na unidade onde decorreu o respetivo estágio.

As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

Desde a Declaração de St. Vincent (1989) que a diabetes é reconhecida formalmente como uma prioridade de saúde, tendo sido feito um apelo aos governos e departamentos de saúde para procederem à reorganização dos cuidados de saúde à pessoa com diabetes, devendo ser investido um esforço muito particular na prevenção, identificação e tratamento das suas complicações.

A promoção da gestão eficaz da doença engloba todos estes aspetos e deve ser analisada sobre uma perspetiva holística, já que estão envolvidos fatores de ordem política, social e psicológica e vários atores sociais no processo.

De entre as várias unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde, salienta-se a Unidade de Cuidados na Comunidade (local onde decorreu este ensino clínico), que integra e articula as respostas existentes na comunidade, visando obter uma complementaridade funcional, constituindo-se como a estrutura que une e associa todos os atores locais na intervenção comunitária.

Assim e partindo de uma visão sistémica, no início desta etapa surgiu a necessidade de recolher a melhor evidência face ao problema apresentado e à área selecionada. A revisão sistemática da literatura constitui um instrumento valioso que permite uma abordagem crítica integrada no conhecimento científico partindo de uma questão clínica relevante.

A pesquisa revelou estratégias de *Empowerment* no sentido de melhorar a gestão do regime terapêutico das pessoas e promover o desenvolvimento de competências das famílias

neste sentido. Concluiu-se que as intervenções pretendem valorizar a comunicação, a negociação e a educação terapêutica.

Transportando os contributos da evidência recolhida, para o ensino clínico decorrido, implementou-se o projeto “ Capacitar para o Equilíbrio - Aprender a Gerir e Controlar a Diabetes” definido num dos eixos do plano de ação do local de estágio selecionado(Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento - UCCE), dirigido a pessoas, famílias/cuidadores e ainda prestadores de cuidados de higiene e alimentação das instituições sociais de apoio.

Seguindo uma metodologia descritiva, o documento inicia-se com a contextualização da temática. Segue-se a descrição dos procedimentos metodológicos e apresentação dos resultados. No último capítulo é feita a análise e discussão dos resultados obtidos após este projeto. Para a sua realização foi necessário proceder a consulta dos suportes da unidade (plano de ação, registos SAPE/SINUS), programas e orientações nacionais na área abordadas, documentos da ordem dos enfermeiros, entre outros apoios teóricos.

## 2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A doença aparece, muitas vezes, de forma imprevisível. O tempo intervém como mediador entre a interpretação dos sintomas, a natureza da doença/problema de saúde e a decisão a tomar. Contudo, nas situações de doença crónica, cuja natureza prolongada vai afetar a pessoa e a família de diversas formas, numa vivência de constante procura de conseguir um estado máximo das suas funções e bem-estar, pois quando se trata de uma condição incurável, a meta realista dos cuidados é proporcionar, tanto quanto possível qualidade de vida.

Ao longo dos últimos 50 anos, os avanços científicos levaram a um aumento significativo da esperança média de vida que, aliado à adoção de estilos de vida pouco saudáveis, conduziram a um aumento exponencial das doenças crónicas, representando um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no que toca à eficiência e efetividade, pondo em causa a capacidade para organizar sistemas que supram as demandas iminentes.

De acordo com o DECRETO-LEI Nº 101/2006, doença crónica é a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada. A OMS (2002) denomina como doenças crónicas, “*noncommunicable diseases*”, quando a causa não é um agente infeccioso, mas sim predisposição genética, estilo de vida e exposições ambientais – a denominada epidemia comportamental.

Entre as várias doenças crónicas, a diabetes mellitus, constitui-se como um grave problema de Saúde Pública, não só pela sua crescente incidência, como também pela elevada morbidade e mortalidade associadas. Todos os anos a prevalência da doença a nível mundial tem aumentado de uma forma alarmante. Em 2001 a *Internacional Diabetes Federation (IDF)* estimou que existissem cerca de 150 milhões de pessoas com diabetes e que no ano de 2025 o número será de 300 milhões. Sabendo-se que o aumento do número de diabéticos ocorre em faixas etárias mais jovens, torna-se fácil compreender o impacto social desta problemática – menor produtividade; menos ganhos e mais gastos para a Saúde.

Em Portugal, foram publicados os resultados do estudo de prevalência da Diabetes tipo 2 e “pré-diabetes” na população portuguesa entre 20- 79 anos, realizado pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD), Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal(APDP) e Ministério da Saúde, em colaboração com outras entidades, cumprindo-se uma das estratégias do novo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. O estudo revelou que a prevalência da diabetes para a população Portuguesa, na faixa etária referida, foi de 11,7% (IC a 95% - 10,8% a 12,6%), sendo que 5,1% destes desconhecem que têm diabetes. Foram encontradas diferenças significativas entre género.

No Centro de Saúde do Entroncamento existem 15734 pessoas entre 20 e os 79 anos(dados de Outubro de 2009). Sabe-se que existem cerca de 1038 pessoas com diabetes diagnosticada (dados fornecidos pelo SINUS). Se se tiver em conta as pessoas não diagnosticadas o número sobe para 1841 utentes. O gráfico 2 compara o número de pessoas inscritas no Centro de Saúde, com patologia (Diabetes e Pré diabetes) e o total de pessoas existentes na faixa etária estudada.

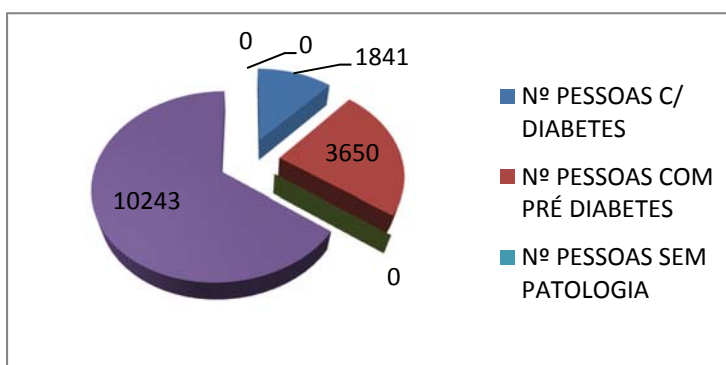


GRÁFICO 1- Distribuição de pessoas inscritas no C. S. Entroncamento com diabetes; com “pré diabetes”; sem patologia. FONTE: SINUS (2009)

A situação de patologia crónica, como a diabetes, que implica frequentemente alterações dos esquemas/hábitos de vida, as pessoas nem sempre têm a capacidade de integrar as modificações de forma eficaz no seu quotidiano, o que pode resultar instalação de complicações tardias.

A gestão e a adesão ao regime terapêutico, fazem parte, de acordo com o estudo de PEREIRA (2007), dos dez focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde, incluídos no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem e documentados nos SIE (UMCSP, 2009). De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem e a Versão beta 2 da CIPE, em 2002, gerir o regime terapêutico deve traduzir-se num comportamento de adesão com características específicas que implica, cumprir um programa de tratamento da doença e das suas

complicações, executar atividades que devem ser satisfatórias para atingir os objetivos de saúde, tratamento ou prevenção da doença na vida diária.

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade promove os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (NEUMAN, 1995).

*“É necessário, passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e actores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes activos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário” (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010, p.16-17).*

A nível dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública constituem competências do enfermeiro:

*“ (...) estabelecer e avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (...) liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania (...) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde” (DECRETO LEI Nº 128/2011)*

A intervenção integrada aos três níveis de prevenção, enquanto estratégia que visa aumentar a capacidade de gestão de um projeto de saúde/doença, deve assentar na implementação de programas de intervenção baseados na educação terapêutica, desenvolvendo o *empowerment* da pessoa, família e comunidade. Por outro lado, sabe-se atualmente que um das condições primordiais para que alguém adote ou mude determinado comportamento, é que esteja munido das armas necessárias sobre o que tem que mudar e porque é que tem que mudar. A atitude, ou seja, a tendência constante para assumir determinado comportamento, é definida em três dimensões: cognitiva, afetiva e comportamental, sendo a primeira relativa a ideias, juízo e crenças sobre o objeto, a segunda referente a sentimentos/valores face ao mesmo e a última dirigida ao conjunto de reações objetivas (EAGLY, A. H. & CHAIKEN, S., 1993)

PEREIRA (2006), acrescenta que face a uma situação de doença, que implica frequentemente mudanças nos hábitos de vida, as pessoas nem sempre as integram de forma eficaz, resultando daí riscos para a saúde e a instalação de complicações. Face a esta situação o

enfermeiro ajuíza o fenómeno como uma gestão do regime terapêutico ineficaz. Pressupõe-se o desempenho, por parte da pessoa de um conjunto de comportamentos/atividades, que se regem por determinados princípios e indicações terapêuticas, de forma a diminuir o impacto da situação de doença na sua vida e a primeira condição para que alguém adote ou mude determinados comportamentos é a posse de informação necessária sobre o que mudar e porquê mudar.

A educação terapêutica representa uma das principais estratégias na Diabetes Mellitus e um novo marco para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que deve ser encarado como uma parte fundamental do plano terapêutico da diabetes. Considera-se insuficiente instituir medicação, fornecer informação e competências técnicas sem que se realize um sério investimento na aceitação, motivação e educação das pessoas para auto-gestão da sua doença.

Neste âmbito a literatura aponta essencialmente três direções para o *empowerment*: a educação, o suporte à autogestão / seguimento, e os grupos de ajuda (GONÇALVES, C.RAMOS, V., 2010).

Neste sentido, o domicílio surge como o local privilegiado para a prestação dos cuidados à pessoa/ família com critérios de vulnerabilidade, risco e/ou dependência passando-se de uma visão de Cuidados Domiciliários para Cuidados Continuados, pressupondo a articulação de toda uma rede de apoio.

A participação comunitária consiste na combinação de:

- ❖ Mecanismos de tomada de decisão;
- ❖ Acessibilidade a atividades de carácter comunitário: redes sociais, movimentos sociais, agências de voluntariado, etc.
- ❖ Acessibilidade às competências da comunidade: planeamento, mobilização de recursos, competências organizativas, etc. (ZACUS e LYSACK,1998)

Os cuidados de saúde primários devem ter a capacidade de chegar próximo da comunidade e desenvolver as suas atividades não para, mas com a comunidade, tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrar a sua organização numa coordenação efectiva entre programas em desenvolvimento.

Na área aqui desenvolvida, o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde, 2004) visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através da redução da prevalência de fatores de risco associados a doenças

crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial.

Por outro lado, as linhas estratégicas do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde. 2008) assentam na gestão de forma integrada da diabetes de modo a reduzir a morbilidade e mortalidade associadas.

### 3 – METODOLOGIA

O planeamento em saúde é um auxiliar fundamental da tomada de decisão, que permite a racionalização dos recursos de saúde com equidade e eficiência. Torna-se cada vez mais um imperativo das sociedades actuais, quando se pretende alcançar ganhos em saúde. Planear em saúde, não é apenas uma metodologia ou um conjunto de técnicas. “*O planeamento é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica*” (IMPERATORI E GIRALDES, 1993).

MINTZBERG (1994) propõe que o planeamento seja visto como equivalente a tomar decisões de forma integrada, ou seja, um procedimento formalizado para produzir um resultado articulado, sob a forma de um sistema integrado de decisões.

Por sua vez, IMPERATORI E GIRALDES (1993) definem plano como um instrumento de implementação de uma política e programa como um conjunto de atividades necessárias para execução de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros que são geridos por um mesmo organismo. E acrescenta ainda a definição de projeto como sendo “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”. Para este autor parece evidente que a hierarquia explicitada, do geral para o particular, segue a do plano, programa e projeto.

O processo de planeamento abrange seis etapas contínuas e interligadas, podendo a sua atualização efetua-se em qualquer etapa. Assim, ao planeamento estratégico corresponde as etapas de diagnóstico, determinação prioridades, fixação de objetivos e seleção de estratégias, uma vez que, ao longo destas se estabelecem diagnósticos prioritários, objetivos e estratégias sendo partes constituintes do plano (longo prazo).

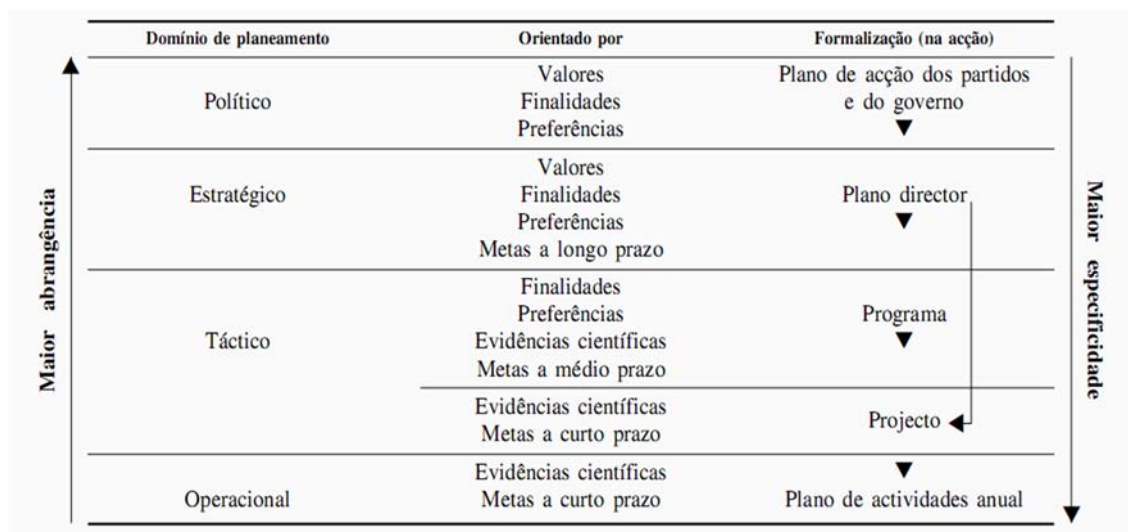


FIGURA 1 – Domínios do planeamento em saúde

FONTE: SENA, CATARINA; FERRINHO, PAULO; MIGUEL, JOSÉ PEREIRA (2006,p. 7) Adaptado de Pineault e Daveluy (1992)

SENA, CATARINA; FERRINHO, PAULO; MIGUEL, JOSÉ PEREIRA (2006,p. 7) referem que:

*“ Uma abordagem mais dirigida à área do «planeamento em saúde» permite, a respeito dos diferentes níveis de planeamento, identificar uma hierarquia de instrumentos. Neste caso, o plano este claramente colocado nos extremos, a um nível estratégico e operacional, integrando-se o programa num nível de planeamento tático e surgindo, por conseguinte, o projeto na fronteira entre o nível tático e operativo (...) plano indica a necessidade de atingir determinados objetivos de saúde e o programa especifica as operações para atingir esses objetivos.”*

O diagnóstico de saúde, enquanto primeira etapa do planeamento, consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades. Consiste na identificação dos principais problemas/necessidades de saúde, que conduzem à identificação da sua situação de saúde (IMPERATORI E GIRALDES, 1993).

Assim, numa fase inicial, foi preponderante o conhecimento do terreno detido pelos profissionais da equipa bem como o Diagnóstico de Situação de Saúde e Social do Entroncamento. Para um melhor entendimento e compreensão das necessidades de saúde da

população abrangida pela UCCE foi fundamental a leitura do documento mencionado bem como a identificação e análise dos recursos existentes na comunidade, para planejar com eficácia formas de intervenção.

A elaboração e implementação de programas/projetos correspondem à segunda fase do planeamento em saúde (planeamento tático) e visam dar resposta, de forma organizada, aos problemas encontrados. Nesta fase, determinam-se os objetivos, as estratégias, as atividades e os indicadores indispensáveis à última etapa, a avaliação.

Um projeto de intervenção em saúde, como o decorrido neste estágio, é um roteiro detalhado das ações, devidamente fundamentadas, a serem desenvolvidas, que têm como objetivo responder às necessidades de saúde e que visam promover a qualidade de vida e aumentar o nível de saúde de uma população, através do reforço da participação comunitária na resolução dos problemas identificados (TAVARES, 1980).

Encontrando-se localizado no centro estratégico da Região de Santarém, o Entroncamento constitui um ponto de interseção fundamental quer da rede viária, quer da rede ferroviária.

Um dos fatores chave para a implementação deste projeto foi a demografia do concelho. Em termos demográficos, apresenta a maior taxa de crescimento e a maior densidade populacional do distrito de Santarém (1300 habitantes/km<sup>2</sup>) e um crescimento populacional bastante acentuado (28% nos últimos 10 anos). Daqui infere-se uma grande facilidade de acesso quer ao domicílio das pessoas, quer a nível da mobilização de redes de vizinhança.

Outro fator primordial prende-se com a existência de uma grande número de instituições de apoio social para além de diversas infraestruturas que permitem à população ocupar os seus tempos livres com atividades culturais e/ou desportivas, revelando assim um elevado grau de associativismo.

Mobilizando toda a revisão teórica supramencionada, passa-se assim a descrever o projeto realizado no decurso deste ensino clínico.

## 2.1 – POPULAÇÃO-ALVO E PARCERIAS

Este projeto pressupõe um acompanhamento da pessoa com diabetes/ família, de forma a capacitar a pessoa/cuidador e comunidade de conhecimentos e habilidades para uma autogestão efetiva, contribuindo em última instância para ganhos em saúde da população.

Teve como população alvo as pessoas com diabetes, que cumpriam normas de referência para a UCCE, no período previsto para a seleção, respetivas famílias/ cuidadores

e ainda prestadores de cuidados pertencentes a redes sociais (instituições que prestam apoio social no âmbito dos cuidados de alimentação, higiene e conforto).

O PNS (PORTUGAL. Ministério da Saúde. 2004, p.359) prevê que se articulem “melhor os cuidados de saúde com outros grupos de apoio da sociedade civil...”.

*“ Numa perspectiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas, integrados, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados (...) são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer.” (PORTUGAL. Ministério da Saúde. 2004, p.4)*

Uma das formas de operacionalização da participação comunitária é através de parcerias, ou seja, na distribuição informada, flexível e negociada de poder entre os participantes nos processos de mudança, para um nível de saúde mais elevado, da comunidade. Integra o nível de poder cidadão, dado basear-se na cogestão e cooperação entre parceiros e no estabelecimento de campos de compreensão mútua. Assim, a estratégia de uma adequada resposta em termos de saúde pressupõe a colaboração dos restantes recursos da comunidade num objetivo comum.

Como tal, o presente projeto visa integrar as seguintes instituições parceiras, sendo posteriormente clarificados os respetivos protocolos a realizar:

- ❖ Instituições sociais parceiras (Lar dos Ferroviários, CERE e Lar da Misericórdia);
- ❖ Empresas de fornecimento de alimentação;
- ❖ Autarquia local quer na mobilização de colaboradores, quer na cedência de espaços físicos (se necessário);
- ❖ Imprensa local (espaço “Mais Saúde” com abordagem de temas alusivos ao cuidar da pessoa com diabetes seguido de um espaço de esclarecimento de duvidas).

## 2.2 – OBJECTIVOS

Perante o exposto e numa metodologia de integração quer da evidência recolhida, quer do plano de ação da unidade, nasceu o projeto que visou:

- ✓ Contribuir para a melhoria do nível de saúde da população com diabetes da UCCE, numa perspetiva de prestação de cuidados de enfermagem integrados, articulados, diferenciados e de grande proximidade, a pessoas/famílias com gestão ineficaz do regime terapêutico;

- ✓ Verificar estratégias de *empowerment* familiar na melhoria da eficácia na gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes;
- ✓ Aumentar a participação da restante comunidade na resolução dos problemas de saúde identificados na população com diabetes da UCCE de Entroncamento.

Assim, elaboram-se os seguintes objetivos específicos:

- Compreender as redes familiares e sociais da população em estudo como motores de desenvolvimento da literacia em saúde na prevenção e controlo das complicações da diabetes;
- Promover o marketing em saúde, fomentando parcerias locais no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de complicações da diabetes (regime terapêutico não farmacológico);
- Promover a adesão ao regime terapêutico;
- Promover a relação de confiança com a pessoa e família;
- Contribuir para a diminuição do número de recorrências aos serviços de saúde e redução global de custos;
- Concorrer para a redução da prevalência e morbidade por Diabetes.

### 2.3 – ATIVIDADES PROPOSTAS

Ao longo de três meses (de Janeiro a Março de 2011), um grupo de 12 famílias de pessoas com diabetes residentes no concelho do Entroncamento e com critérios de referenciação para a Unidade de Cuidados da Comunidade do Entroncamento, foram acompanhadas pela autora (integrada na equipa da UCCE), no âmbito do ensino clínico do mestrado e especialização em enfermagem comunitária.

Este projeto passou por momentos de contacto no domicílio das pessoas, pela articulação e formação dos parceiros sociais, sempre numa abordagem integrada e contínua, com envolvimento de todos os técnicos da equipa multidisciplinar da UCCE e, quando necessário, de outras instituições de saúde (ANEXO I).

Foi desenvolvido em três fases:

- a) Após a divulgação prévia do projeto realizou-se uma visita domiciliária aos utentes e famílias identificados para primeiro contacto, recolha de informação e avaliação de necessidades (educativas, avaliação fatores de risco, etc.) e ainda despiste de situações agudas. Esta fase permitiu desde logo obter uma caracterização do grupo alvo (ANEXO II).

- b) Seguidamente e após os contactos com os parceiros sociais programaram-se momentos de contacto com familiares e ainda sessões de formação (ANEXO III) para a rede social consoante as necessidades de formação inicialmente identificadas, considerando como componentes essenciais da gestão do regime terapêutico: alimentação, auto vigilância, regime medicamentoso e o exercício físico direcionadas à pessoa, família e parceiros sociais, a definir consoante grupo alvo e recomendações do da OMS e PNPCD (2009).
- c) Por último, foram realizadas novas visitas domiciliárias para avaliação dos ganhos em saúde. Estavam previstas reuniões em grupos de apoio, dos familiares e cuidadores formais, para reforço de informação e partilha de experiências, que não foram realizadas devido a dificuldades de conjugação de horários.

Ainda durante a implementação do projeto a autora teve oportunidade de frequentar um curso de formação promovido pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal com o tema “Motivação na pessoa com diabetes para a adesão do regime terapêutico”, estratégia prevista no sentido de alargar o conhecimento sobre formas de intervenção grupal nesta temática (ANEXO IV). Esta estratégia serviu também como ponte para a referenciação para alguns utentes que necessitem do apoio da associação.

Construiu-se um manual de apoio (ANEXO V) nesta área para utilização no serviço e uma base de dados (ANEXO VI) onde constam todas as informações relativas a população e que permite a continuidade dos cuidados e adicionar novos utentes e alguns folhetos informativos de apoio para as sessões a realizar.

Para além disto foi também constituído parceiro a imprensa local para divulgação do projeto a toda a população, na consecução de espaço para abordagem de temas alusivos ao cuidar de pessoas diabéticos, números de apoio e esclarecimento de dúvidas a cartas e/ou telefonemas realizados.

Sempre que necessário, foram programadas visitas domiciliárias para avaliações intermédias ou alguma questão que possa surgir. Para além disto estará disponível uma linha telefónica de apoio para que a família/ cuidadores possam recorrer e colocar as suas dúvidas.

## 2.4 - INSTRUMENTOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO

O projeto “Capacitar para o Equilíbrio - Aprender a Gerir e Controlar a Diabetes” está previsto para um horizonte temporal de 12 meses, e irá ser dada continuidade ao mesmo pela equipa de enfermagem da UCCE para os quais foram ponderadas as seguintes metas:

- ✚ Obter melhoria, em pelo menos um dos domínios da gestão do regime terapêutico (alimentação, auto vigilância, exercício físico ou regime medicamentoso) em 30% da população;
- ✚ Aumentar o nível de conhecimentos em 60% dos grupos alvo;
- ✚ Realizar visitas domiciliárias a 80% dos utentes referenciados
- ✚ Realizar programas estruturados de Sessões de Educação a 70% das famílias referenciadas;
- ✚ Realizar programas estruturados de Sessões de Educação a 60% dos elementos das redes sociais de suporte identificadas;
- ✚ Atingir em 40 % a adesão aos grupos de apoio;
- ✚ Atingir em 50 % o grau de satisfação nos grupos abrangidos pelo Projeto.

Tendo em vista a:

*“produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a imprescindível necessidade em reutilização de dados e a sua comparabilidade entre os níveis local, regional, nacional e internacional e de uma prática cada vez mais baseada na evidência (...) os registos electrónicos devem contemplar a utilização obrigatória de classificações, sendo recomendada para a Enfermagem a CIPE.”(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, p.9)*

Assim e utilizando uma linguagem CIPE, à pessoa com diabetes foi previamente aplicado em SAPE, o programa “Grupo de Risco: Diabetes” e os respetivos focos “Auto vigilância”, “Adesão ao Regime Terapêutico” , “Gestão do Regime Terapêutico” e/ou “ Risco de..”. O diagnóstico relativo ao nível de conhecimentos e aprendizagem de habilidades e o respetivo juízo, devera ser dirigido ao prestador de cuidados (FIGURA 2).

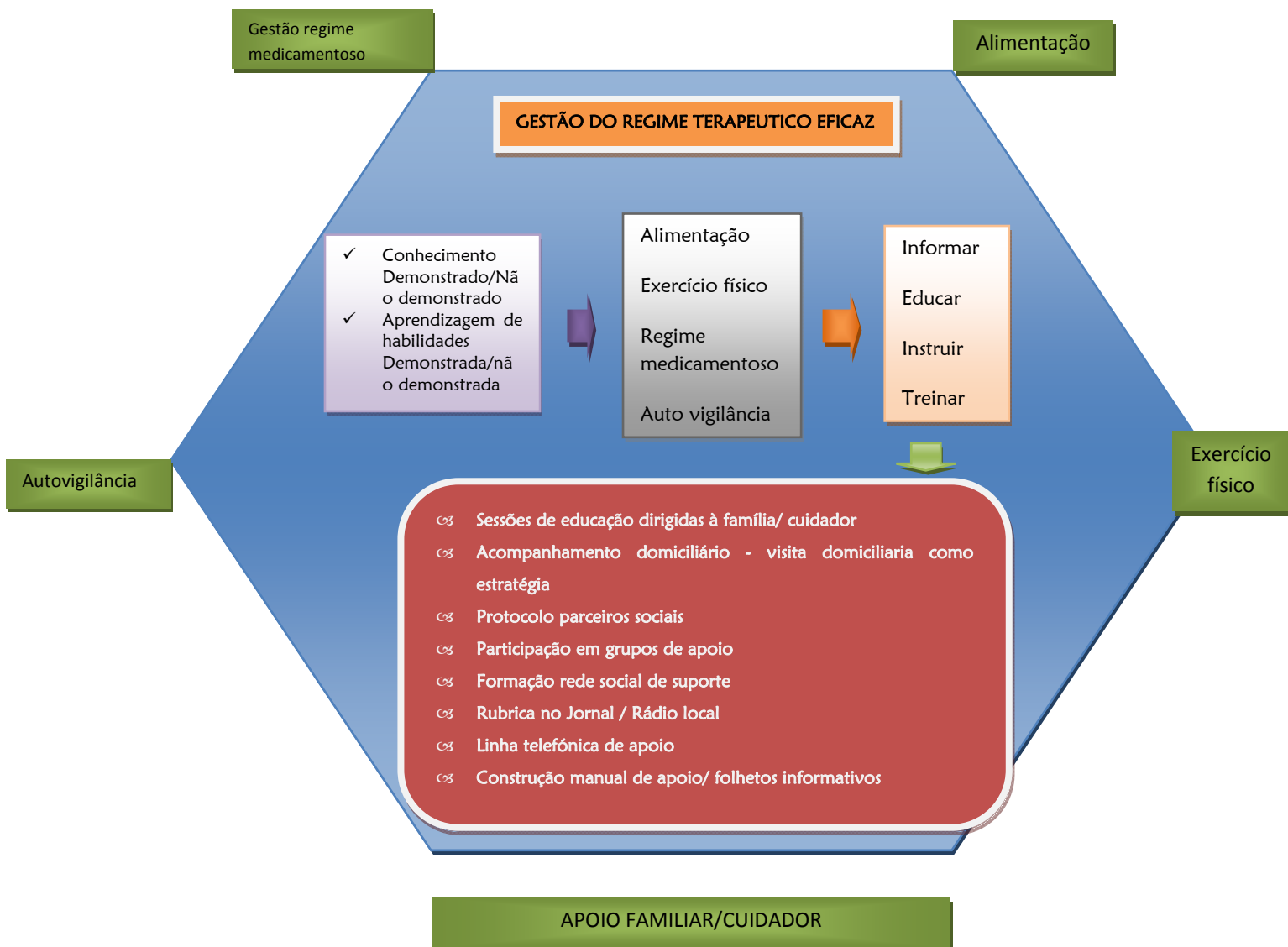


FIGURA 2 – “Pentíade” na gestão regime terapêutico na Pessoa com Diabetes e atividades incluídas no projeto “Capacitar para o Equilíbrio - Aprender a Gerir e Controlar a Diabetes” (OMS, 2009)

Para avaliação da consecução das metas mencionadas, elaboraram-se indicadores, os quais se passa a analisar no capítulo seguinte. Os recursos a mobilizar quer humanos, quer materiais e os horários previstos estão no plano de atividades seguinte (ANEXO VII).

#### 4- RESULTADOS

De acordo com o ANEXO II, a população - alvo desta intervenção é na sua maioria dependente ou incapaz (segundo Instrumento de Avaliação Integrado da RNCCI). Cerca de 75% das pessoas tem 75 a 84 anos, com distribuição de género semelhante, sendo a maioria famílias nucleares (constituída pelos dois elementos do casal).

O carácter desenvolvimentista da família reside na identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função de tarefas bem definidas, tomando o nome de *ciclo familiar* e essas tarefas caracterizam as suas etapas (ALARCÃO, 2000). Por isso se torna essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital.

A última etapa corresponde a família com filhos adultos, na qual emerge a tarefa de aprendizagem do envelhecimento e consequentemente uma nova regulação do processo de autonomia. É nesta etapa que surgem situações que levam à dependência ou ao risco da mesma e à necessidade de cuidados por parte de outrem. Os filhos são o grande suporte destas pessoas residindo perto dos mesmos, supervisionando e apoiando nas suas tarefas diárias.

A rede de vizinhança constitui também grande apoio bem como os cuidadores das instituições sociais que diária ou bidariamente visitam estas pessoas quer para fornecimento de alimentação quer para apoio a nível da higiene.

Em termos de factores de risco iniciais observa-se que na maioria das pessoas se encontram dentro dos parâmetros normais, nomeadamente a hipertensão arterial, dislipidemia e índice de massa corporal, exceptuando o indicador de controlo metabólico da diabetes (hemoglobina glicosilada) onde se verificam valores correspondentes a bom controlo em apenas 1/3 das pessoas, no início do projeto. A nível de risco de ulceração no pé cerca de metade das pessoas possuem medio risco (ANEXO II).

No final do primeiro trimestre, realizou-se uma avaliação do projeto tendo por base uma metodologia exploratório-descritiva, sendo comparados os indicadores mencionados no quadro em anexo (ANEXO VIII). Obteve-se melhoria nos domínios da gestão do regime terapêutico em termos de eficácia, conhecimentos e/ou habilidades (auto vigilância, alimentação, atividade física, regime medicamentoso e papel do prestador de cuidados) na maioria das famílias, melhoria no controlo metabólico da doença e um grau de satisfação acima da média de todos os intervenientes.

Ao analisar-se o cruzamento entre o controlo metabólico final e o grau de envolvimento do cuidador nos cuidados, observa-se que quando é ajuizado pelo enfermeiro “papel do prestador de cuidados adequado” e/ou “interação demonstrada nos cuidados” os níveis de glicemia demonstram maior controlo nos três meses precedentes:

TABELA 1 - Hemoglobina glicosilada final \* diagnóstico final papel prestador de cuidados

		DIAGNOSTICO FINAL “PAPEL PRESTADOR DE CUIDADOS”					Total
		Papel do prestador de cuidados adequado	Interação do prestador de cuidados com pessoa demonstrado	Papel do prestador de cuidados e interação demonstrada	Papel de prestador de cuidados inadequado	Não se aplica	
Hb. glicosilada FINAL	< 6,0 (bom controlo metabólico)	1	1	3	1	0	6
	6,0 - 7,0 (controlo metabólico aceitável)	0	0	0	1	1	2
	> 7,0 (mau controlo metabólico)	0	1	1	2	0	4
Total		1	2	4	4	1	12

Da mesma forma, a um controlo metabólico bom corresponde um diagnóstico de enfermagem de eficácia na gestão do regime terapêutico embora este envolva todas as componentes mencionadas anteriormente para além do regime medicamentoso:

TABELA 2 - Hemoglobina glicosilada final \* Diagnostico final Gestão do Regime terapêutico

		Diagnostico de enfermagem final Gestão do RT		Total
		EFICAZ	INEFICAZ	
Hemoglobina glicosilada final	< 6,0 (bom controlo metabólico)	6	0	6
	6,0 - 7,0 (controlo metabólico aceitável)	1	1	2
	> 7,0 (mau controlo metabólico)	0	4	4
Total		7	5	12

Em termos do foco “ Adesão ao regime terapêutico” observa-se que na maioria, a uma maior adesão é corresponde uma gestão eficaz, embora existam situações em que há adesão demonstrada com ineficácia na gestão do regime terapêutico.

TABELA 3 - Diagnostico final Gestão do Regime Terapêutico \* Diagnostico final Adesão ao Regime Terapêutico

		Diagnostico final Adesão ao RT		Total
		Demonstrado	Não demonstrado	
Diagnostico final Gestão do RT	Eficaz	7	0	7
	Ineficaz	2	3	5
Total		9	3	12

Observa-se no quadro seguinte que foram efetuadas oito referências quatro delas para consulta do médico de família ou de especialidade, no sentido de revisão de medicação e três delas para outros técnicos da unidade de cuidados da comunidade no sentido da vigilância dos pés ou plano alimentar.

TABELA 4 - Diagnostico final Gestão do Regime Terapêutico \* Referência

		Referência					Total
		Podologia	Nutricionista	Médico de família	Hospital	Sem referência	
Diagnostico final Gestão do RT	Eficaz	1	2	0	0	4	7
	Ineficaz	1	0	3	1	0	5
Total		2	2	3	1	4	12

## 5—CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de saúde primários devem estar direcionados para a resolução das necessidades de saúde de uma determinada comunidade enfatizando a autorresponsabilização e participação da mesma nos projetos de saúde.

A enfermagem comunitária fundamenta-se no conceito de saúde como processo dinâmico englobando as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais da pessoa família e comunidade.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária possui competências conceptuais e técnicas que lhe permitem efetuar planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde.

*“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar (...) nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades (...) no sentido da resolução de problemas identificados.” ( DECRETO LEI Nº 128/2011)*

A gestão da doença assume um papel de particular importância nas pessoas portadoras de doenças crónicas, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras patologias

Na comunidade do Entroncamento a grande densidade populacional e a forte coesão social potenciam a concretização de projetos como o que se descreve. Pelos resultados obtidos no primeiro trimestre de avaliação deste projeto é possível depreender que o envolvimento da família e de toda a rede social traduz ganhos em saúde para a pessoa com diabetes em contexto domiciliário. A negociação foi uma estratégia transversal em todo o percurso, desde a criação de parcerias com as instituições até ao “pequeno contrato” estabelecido com a pessoa e família.

Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida. Este diagnóstico permite a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de

resultados (PAIVA E SILVA, 2001). A gestão do regime terapêutico é um fenómeno complexo e quando se pretende compreender os ganhos em saúde neste âmbito é importante trabalhar dimensões que vão para além da avaliação metabólica. Apesar do controlo analítico ser o mais relevante para a monitorização da eficácia do programa da diabetes nos cuidados de saúde primários (registo de HBA1C), após esta intervenção percebe-se que este depende de um conjunto de intervenções inerentes as várias dimensões da gestão do regime terapêutico mencionadas ao longo deste documento.

O SAPE constitui uma arma no que concerne a registos dos cuidados, devendo ser padronizado às diferentes realidades. Após a correta avaliação inicial, o foco “Gestão do Regime Terapêutico” deve ser então adaptado as famílias, no qual surgem intervenções como “negociar adesão”, “gerir comunicação”, “educar”, “instruir”, “informar”, etc. Daqui é possível retirar também indicadores dos cuidados prestados.

O planeamento em saúde permite uma intervenção orientada para a realidade existente, sendo possível agir sobre ela no sentido de uma transformação positiva e orientada, em função dos objetivos propostos e da eficácia e eficiência dos recursos existentes. Constitui uma forma de racionalizar decisões, tendo capacidade de moldar uma realidade segundo um projeto prefixado, referindo-se sempre ao futuro, mas tendo o passado e o presente como referências.

Neste sentido, emergem intervenções como a que se esboça nestas folhas, com vista a promoção do exercício da cidadania em saúde, enquanto capacidade de exercer, de modo informado e responsável, influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema/ serviços de saúde (tal como é previsto no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, ainda em discussão). Cabe aos enfermeiros especialistas nesta área, desenvolver programas na área da educação para a saúde e auto-gestão da doença e investir no *Empowerment* Comunitário como uma possibilidade de centrar esforços nas capacidades e potencialidades do sistema, reduzindo custos em saúde.

Espera-se que a equipa de saúde da UCCE possa dar continuidade a este projeto quer para as famílias já envolvidas quer integrando novas. Constata-se que apesar do indivíduo ainda se manter como unidade de referência, a transversalidade da família nos cuidados permite consciencializar a mesma sobre as linhas de forças e redes de suporte, construindo pontes a partir de, e para um horizonte saudável. Que este pequeno passo, seja a primeira de muitas pedras nessa construção...

## 6 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

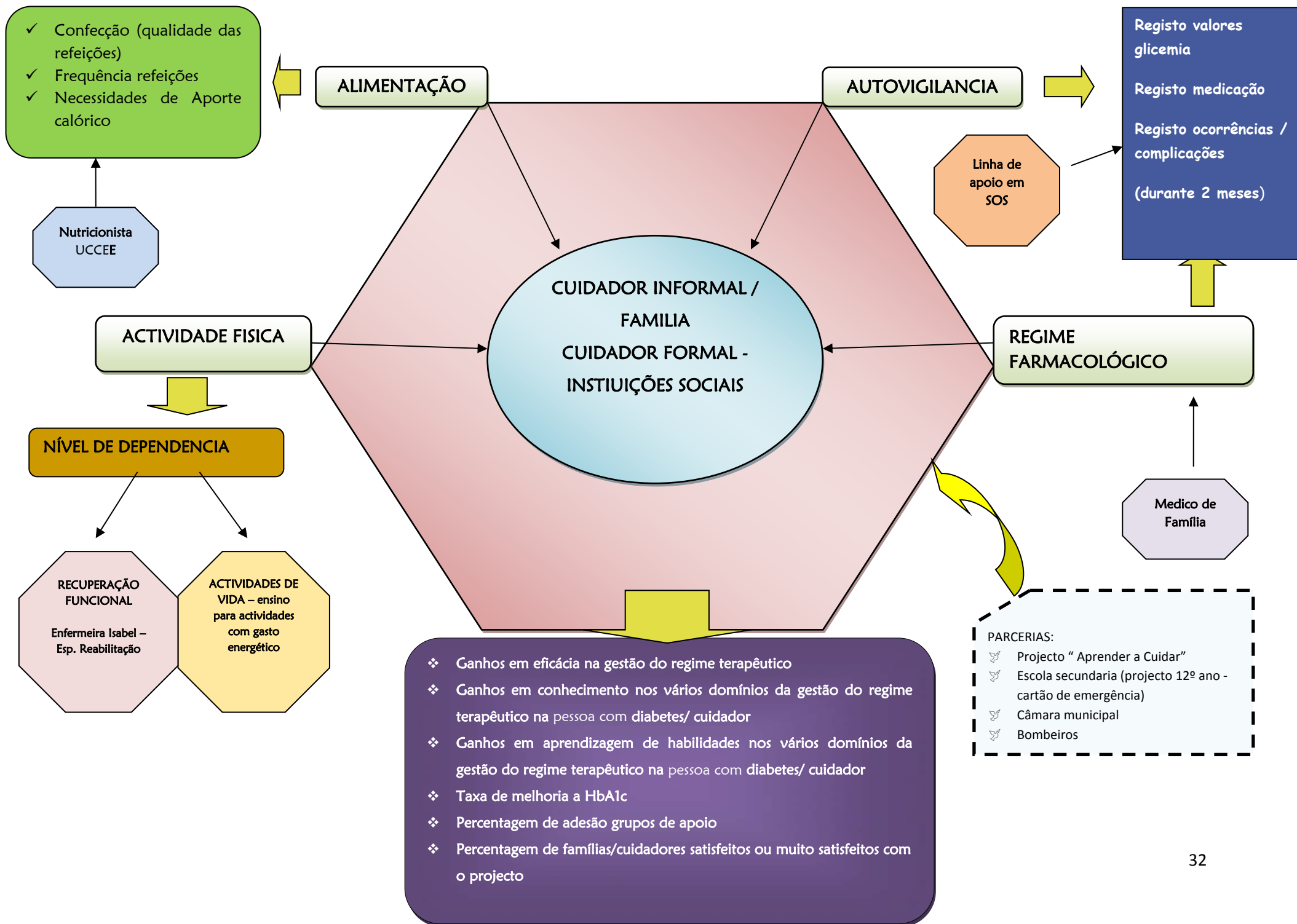
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2002). **CIPE/ICNP Versão Beta 2Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros
- ✓ DECRETO-LEI 101/2006 "DR I Serie". 109 (2006-06-06) 3857.
- ✓ DECRETO-LEI 128/2011"DR II Serie". 35 (2011-02-18) 8667.
- ✓ GONÇALVES, CÉLIA; RAMOS, VÍTOR - Cidadania e Saúde:Um caminho a percorrer... **Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL** .Outubro. 2010.
- ✓ HANSON, SHIRLEY (2004) - **Enfermagem de cuidados de saúde à família**. 2ªed. Lusociência: Loures.
- ✓ IMPERATORI, E. GIRALDO, M. (1993) – **Metodologia do Planeamento em Saúde**. 3ª Edição. Obras avulsas: Lisboa. Pág.21- 32.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2001**. Lisboa: INE, 2003. ISBN 972-673-602-1
- ✓ JEREMIAS, ROSA CRISTINA; RODRIGUES, MOREIRA - O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade. **Rev. Nursing**. Novembro.2010, p. 12-17 ISSN 0871-6196.
- ✓ MINTZBERG, H. **The rise and fall of strategic planning**. New York: Free Press, 1994.
- ✓ NEUMAN, B. (1995) - **TheNeuman Systems Model**. Stamford: Lance.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem.2009.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro**. Conselho de Enfermagem. Lisboa. 2009b.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Nº17.Julho de 2005. Lisboa. ISSN 1646-2629.
- ✓ PAIVA E SILVA, A. - **Sistemas De Informação Em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança**. Porto: Instituto deCiências Biomédicas de Abel Salazar. 2001. Tese de Doutoramento.
- ✓ PEREIRA, FILIPE – **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre ResumoMínimo de Dados de Enfermagem**. Tese de

Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2007.

- ✓ PEREIRA, FILIPE – **Relatório: Considerações diagnósticas**. RMDE- Porto.. 2006
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção de Serviços de Cuidados de Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes**. Lisboa: DGS. 2008. ISBN 978-972-675-180-9.
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde– **Plano Nacional de Saude 2004-2010**. ISBN 972-675-109-8. Lisboa: Ministério da Saúde. 2004.
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – **Programa Nacional de Saúde Pessoas idosas**. Lisboa: DGS. 2006. ISBN 972-675-155-1.
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Observatório Português dos Sistemas de Saúde – **Relatório Primavera 2009**. Lisboa. 2009.
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Cuidados na Comunidade de Entroncamento - **Plano de Ação**. Entroncamento. 2010.
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - **Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.
- ✓ SENA, CATARINA; FERRINHO, PAULO; MIGUEL, JOSÉ PEREIRA – Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Nº 21. 2006. Pág.5-19.
- ✓ TAVARES, ANTÓNIO – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa. 1980.
- ✓ ZACUS, J. D. L. & LYSACK, C.L. - “Revisiting community participation”. **Health Policy and Planning**. Vol.13 Nº 1. P. 1-12. 1998.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**  
Esquema do projeto



**ANEXO II**  
Caracterização do grupo alvo

# CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

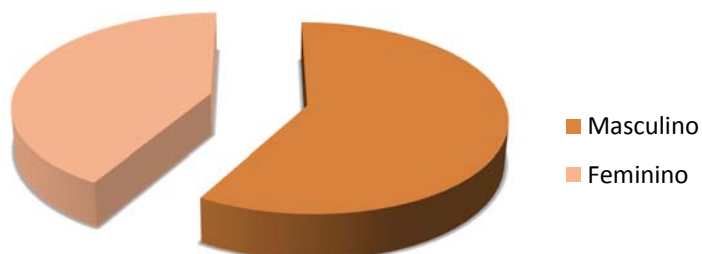
## 1. IDADE

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	65-74	2	16,7	16,7	16,7
	75-84	9	75,0	75,0	91,7
	mais que 85	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	



## 2. GENERO

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Masculino	7	58,3	58,3	58,3
	Feminino	5	41,7	41,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	



### 3. FACTORES DE RISCOS E PARÂMETROS METABÓLICOS

#### Índice de massa corporal



- 18,5 -24,9 ( variação normal)
- 25-29,9 (pré-obesidade)
- 30-34,9 (obesidade classe I)
- 35-39,9 (obesidade classe II)

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	18,5 -24,9 ( variação normal)	5	41,7	41,7	41,7
	25-29,9 (pré-obesidade)	2	16,7	16,7	58,3
	30-34,9 (obesidade classe I)	4	33,3	33,3	91,7
	35-39,9 (obesidade classe II)	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### Perímetro Abdominal



- <94 (normal - homens)
- 94-102( aumentado - homens)
- > 102 (muito aumentado - homens)
- 80-88( aumentado - mulheres)
- > = 88 (muito aumentado - mulheres)

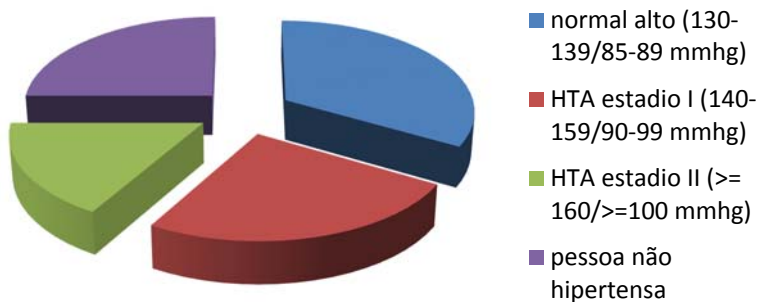
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	<94 (normal - homens)	2	16,7	16,7	16,7
	94-102( aumentado - homens)	4	33,3	33,3	50,0
	> 102 (muito aumentado - homens)	1	8,3	8,3	58,3
	80-88( aumentado - mulheres)	2	16,7	16,7	75,0
	> = 88 (muito aumentado - mulheres)	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

## Dislipidemia



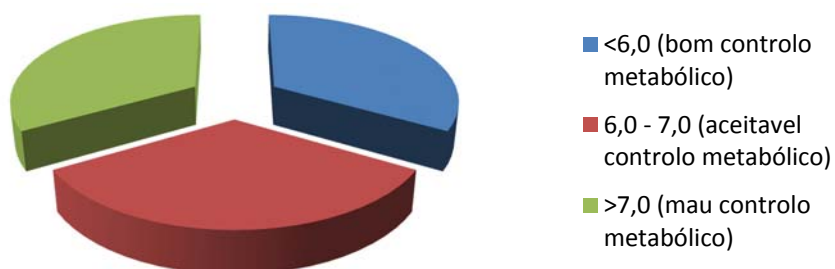
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	sim	4	33,3	33,3	33,3
	não	8	66,7	66,7	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

## Hipertensão Arterial



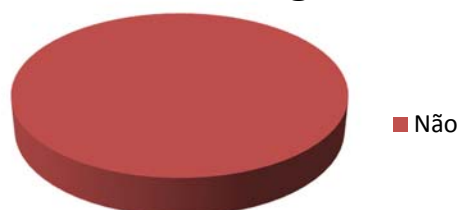
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	normal alto (130-139/85-89 mmhg)	4	33,3	33,3	33,3
	HTA estadio I (140-159/90-99 mmhg)	3	25,0	25,0	58,3
	HTA estadio II (>=160/>=100 mmhg)	2	16,7	16,7	75,0
	Pessoanão hipertensa	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

## Hemoglobina glicosilada inicial



	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid <6,0 (bom controlo metabólico)	4	33,3	33,3	33,3
6,0 - 7,0 (aceitavel controlo metabólico)	4	33,3	33,3	66,7
>7,0 (mau controlo metabólico)	4	33,3	33,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

## Hábitos Tabágicos



	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid não	12	100,0	100,0	100,0

## Autonomia física



	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid incapaz	4	33,3	33,3	33,3
dependente	8	66,7	66,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

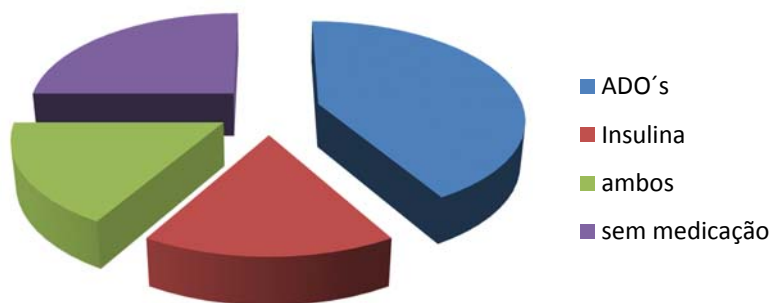
## Autonomia instrumental



		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	incapaz	4	33,3	33,3	33,3
	dependente	7	58,3	58,3	91,7
	autonomo	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

#### 4. REGIME MEDICAMENTOSO

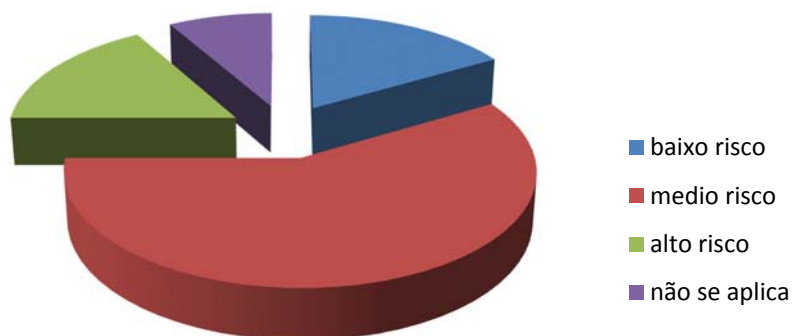
		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ADO's	5	41,7	41,7	41,7
	Insulina	2	16,7	16,7	58,3
	ambos	2	16,7	16,7	75,0
	sem medicação	3	25,0	25,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	



## 5. RISCO DE ULCERAÇÃO NO PÉ

risco de ulceração no pe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baixo risco	2	16,7	16,7	16,7
	medio risco	7	58,3	58,3	75,0
	alto risco	2	16,7	16,7	91,7
	não se aplica	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	



**ANEXO III**  
Plano da formação

## PLANO DA FORMAÇÃO

1. **Destinatários:** Profissionais das instituições de apoio social (ajudantes de ação direta: ajudantes familiares domiciliarias, cozinheiras, ajudantes de cozinha, etc.)
  
2. **Pré – Requisitos:** Os formandos deverão exercer funções nas instituições selecionadas e prestar cuidados de higiene e/ou alimentação (confeção e/ou distribuição) a Pessoas com Diabetes
  
3. **Organização e funcionamento**
  - ☛ **Local:** instalações do Centro de Saúde do Entroncamento
  - ☛ **Nº de participantes:** conforme seleção
  - ☛ **Carga Horária:** 3h
  - ☛ **Horário:** a definir (1ª quinzena de Fevereiro)
  - ☛ **Formadores:** Enfermeira Liliana Borges
  - ☛ **Formas de Organização:** A formação é presencial e realizada em sala equipada para o efeito, com componente técnica e prática simulada.

#### 4. **Objetivos:**

OBJETIVO GERAL:

- ✚ No final desta ação de formação pretende-se que os cuidadores alvos reconheçam e empreguem estratégias de atuação, informação e articulação adequadas, face a Pessoa com Diabetes e respetivos recursos formais e informais envolventes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

No final desta ação de formação os formandos deverão:

- Identificar sinais e sintomas da Diabetes;
- Reconhecer sinais e sintomas das complicações agudas da Diabetes e respetivas formas de atuação
- Consciencializar-se dos benefícios de hábitos alimentares saudáveis no tratamento da Diabetes;

- Elaborar exemplos de dietas adequadas a Pessoas com Diabetes;
- Aprender formas de participação no auto vigilância e auto controlo da glicemia das Pessoas com Diabetes;
- Perceber a importância da vigilância dos pés na Pessoa com Diabetes
- Enumerar fatores de risco para o aparecimento de ulceração nos pés da Pessoa com Diabetes;
- Compreender formas de atuação na prevenção e tratamento de lesões nos pés das Pessoas com Diabetes;
- Identificar e utilizar os recursos específicos da Pessoa com Diabetes e respetivos familiares;
- Perceber a importância do trabalho em equipa multidisciplinar no cuidar a Pessoa com Diabetes.

MOMENTO	CONTEUDOS/ PONTOS-CHAVE	MÉTODOS/ TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TIPO DE AVALIAÇÃO	Tempo		
					TP	TT	
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comunicação do tema</li> <li>❖ Comunicação dos objetivos</li> <li>❖ Motivação para o tema</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Método expositivo (apresentação e comunicação dos objetivos)</li> <li>2. Método interrogativo</li> </ol>	<p>Vídeo projetor</p> <p>Computador</p> <p>Ecrã</p>	Avaliação formativa	10min		
DESENVOLVIMENTO	<p>Conteúdos a desenvolver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais e sintomas da diabetes</li> <li>▪ Complicações agudas da diabetes</li> <li>▪ Hábitos alimentares saudáveis</li> <li>▪ Plano alimentar na Pessoa com Diabetes - qualidade e quantidades</li> <li>▪ Auto vigilância e auto controlo na Pessoa com Diabetes</li> <li>▪ Observação e vigilância dos pés da Pessoa com Diabetes</li> <li>▪ Cuidados de higiene e conforto aos pés da Pessoa com Diabetes</li> <li>▪ Fatores de risco de lesão no pé</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Método expositivo (exposição de conteúdos teóricos)</li> <li>2. Método demonstrativo (demonstração de técnicas)</li> <li>3. Método ativo</li> </ol> <p>Técnica: trabalho de grupo</p> <p>(formação de duplas -pessoa com diabetes/ cuidador)</p> <p>Técnica: jogo de papéis</p>	<p>Vídeo projetor</p> <p>Computador</p> <p>Ecrã</p> <p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelos</li> <li>✓ Glicómetros</li> <li>✓ Livros de apoio</li> </ul>		Avaliação diagnóstica (momentos)		2h40min
CONCLUSÃO	<p>Síntese conteúdos</p> <p>Verificação e comunicação de resultados</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Método expositivo</li> <li>2. Método interrogativo (verificação resultados)</li> </ol>			Observação indireta		10min

#### **ANEXO IV**

Comprovativo da frequência de formação



Bayer HealthCare  
Diabetes Care

A Bayer Portugal, S.A. certifica que

**Liliana Isabel Ferreira Borges**

do UCSP Torres Novas,  
participou no Seminário de Formação

**“Motivar as Pessoas com Diabetes Tipo 2  
para a Adesão ao Tratamento com Insulina”**

organizado pela Bayer Diabetes Care, de 7 a 8 de Abril de 2011,  
na Escola da Diabetes, em Lisboa, com a duração de 10 horas:

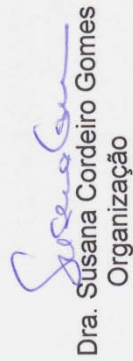


Dr. João Raposo  
Formador

Lisboa, 8 de Abril de 2011



Enf.ª Dulce do Ó  
Formadora



Dra. Susana Cordeiro Gomes  
Organização



simplificar é vencer



## **ANEXO V**

Manual de apoio às famílias

# APRENDA A GERIR E CONTROLAR A DIABETES

*A saúde quando nasce é para Todos!*

UCC dp  
Entroncamento



ELABORADO POR:



**Enfermeira Liliiana  
Borges**

Estágio II do I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária realizado na UCC do Entroncamento. Escola Superior de Saúde de Santarém

FONTES:

- \* <http://www.apdp.pt/folhetos.asp>
- \* <http://www.spd.pt>
- \* <http://www.spedm.org/>
- \* <http://www.idf.org/> - módulos de educação diabética
- \* <http://www.dgs.pt/> - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

## O que é a Diabetes?

- Doença crónica que ocorre habitualmente na idade adulta e está fortemente associada ao excesso de peso provocado pelo tipo de alimentação e a vida sedentária. Estes dois factores levam a que a doença esteja a aparecer em idades cada vez mais precoces e até mesmo em jovens.
- Alteração dos níveis de açúcar no sangue;
- Deficiente/ausente produção de insulina, pelo pâncreas;
- Os açúcares presentes no nosso organismo (resultantes da nossa alimentação) não entram nas células, logo ficam em excesso na circulação sanguínea.

Se bem controlada permite viver com qualidade de vida mas se não for devidamente gerida e controlada a diabetes pode levar a complicações graves.

### QUAIS OS SINTOMAS DA DIABETES?

Quando o açúcar no sangue é muito elevado, podem existir sintomas típicos como:

- \* Urinar em grande quantidade e mais vezes
- \* Sede constante e intensa
- \* Fome constante e difícil de saciar
- \* Sensação de boca seca
- \* Cansaço (fadiga)
- \* Comichão (prurido) no corpo (por exemplo boca, genitais e espaços interdigitais)

### QUAIS AS COMPLICAÇÕES DA DIABETES?

- \* Cegueira
- \* Amputação dos dedos dos pés/ pernas
- \* Enfarte cardíaco
- \* Insuficiente Renal
- \* AVC
- \* Impotência Sexual



# ALIMENTAÇÃO

**OBJECTIVO PRINCIPAL:** evitar oscilações nos valores açúcar no sangue

\* 5/6 refeições repartidas ao longo do dia, evitando comer muito de cada vez:

\* 3 refeições principais (pequeno almoço, almoço e jantar)

\* 3 refeições intermédias

\* Redução substancial da ingestão de açúcares e gorduras

\* Aumento da ingestão de fibras

\* Aumentar a ingestão de líquidos - água, chá sem açúcar

\* Alternativas culinárias para melhorar o sabor dos alimentos

\* Redução da ingestão de sal e álcool;

\* Evitar alimentos que contenham muita gordura como:

\* Carnes gordas, charcutaria, caldos de carne

\* Salgados (especialmente folhados, bolos, fritos, natas)

\* Chocolates, queijos gordos, batatas fritas

\* Fazer-se sempre acompanhar de açúcar (1 a 2 pacotes)



## 12 GR DE HIDRATOS DE CARBONO

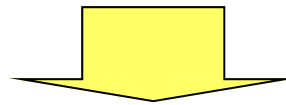
AÇUCAR RÁPIDO (PACOTE)	AÇUCARES FRUTA E DO LEITE (1 unidade por refeição)	AÇUCARES LENTOS
PROIBIDOS, EXCEPTO EM CASO DE BAIXA DE AÇUCAR VERIFICADA	1 laranja, pera, pêsego	1/2 pão (20-25gr)
	1 rodela de ananás	1 batata do tamanho de um ovo
	2-3 ameixas/alperces	3 colheres de sopa de feijão /grão
	2 tangerinas	4 colheres de ervilhas/favas
	2 fatias de meloa/ melancia	3 bolachas (Maria/Torradas)
	12/16 morangos	2 colheres de sopa de arroz/massa
	3 castanhas	
	24 cerejas/ginjas	
	2,5 dl leite	

## EXEMPLO DE DIETA (+- 150gr de HC— pessoa idosa)

Pequeno almoço	1 caneca (2,5dl) de leite meio gordo + 1 pão com pouca manteiga
Meio da manhã	1 peça de fruta ou 1 iogurte
Almoço	1 sopa de legumes 100/120gr de peixe/carne ou 2 ovos Legumes ou salada 2 batatas tamanho de um ovo
Lanche	1 chá sem açúcar + 1/2 torrada
Jantar	1 sopa de legumes 50gr de peixe/carne ou 1 ovos Legumes ou salada 1 batatas tamanho de um ovo
Ceia	1 copo de leite + 3 bolachas (Maria/Torradas)

# HIPOGLICEMIA

"AÇUCAR BAIXO" - inferior a 60 mg/dl



## COMO DETECTAR?

Palidez  
Tonturas  
Suores  
Visão turva  
Formigueiros nos lábios  
Dores de cabeça  
Tremores  
Palpitações  
Irritabilidade  
Ansiedade  
Sensação de Fome



## COMO AGIR?

1. Ingestão de HC simples de ação rápida (papa de água com 1 pacote de açúcar)
2. Avaliar a glicemia
3. Se estiver restabelecida, ingestão de um hidrato de carbono de ação lenta (pão ou tostas)
4. Se a pessoa se encontra inconsciente deve ligar 112 e colocar a papa de açúcar junto a bochecha, deitando a pessoa de lado.

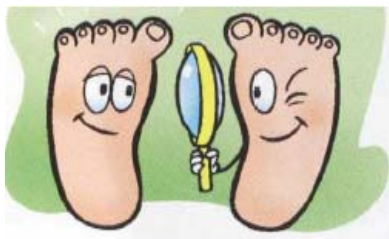
## COMO PREVENIR:

- \* Vigiar a diabetes
- \* Não esquecer refeições, ingerindo sempre os hidratos de carbono aconselhados
- \* Variar corretamente o local de injeção de insulina, colocando as doses ajustadas
- \* Trazer sempre a identificação de pessoa com diabetes

# CUIDADOS AOS PÉS

O açúcar elevado pode afectar

1. Os nervos dos pés, levando a uma perda lenta da sensação de posição pressão de dor e de temperatura e tornando a pele seca, sem transpiração mais grossa e sujeita ao aparecimento de fissuras. Pode aparecer uma ferida sem que a pessoa se aperceba porque não dói.
2. Os vasos que levam o sangue aos pés provocando dor nas pernas pés frios, pálidos e com má circulação



⇒ Observar os pés todos os dias com boa luminosidade e um espelho.

⇒ Procurar alterações da cor da pele, feridas ou calos.

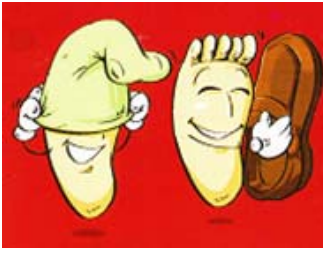
- Lavar os pés todos os dias durante dois ou três minutos (não os "ponha de molho", usando um sabonete neutro e água morna, verificando sempre previamente a temperatura da água)
- Secar muito bem com uma toalha macia, em particular nas zonas entre os dedos.
- Aplicar um creme hidratante na planta e no dorso do pé (não entre os dedos) massajando bem.



Cortar as unhas com tesoura apropriada (de bicos arredondados), cortando-as em linha reta (a direito).

Usar uma lima de cartão para desgastar as unhas e as pontas, movimentando-a em linha reta e do lado para o outro.

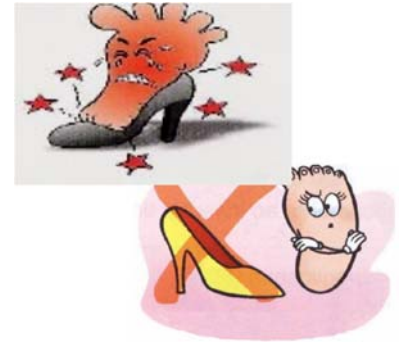
Limar os calos com lima de lixa, não usar calicidas!



⇒ Nunca usar sapatos sem meias mesmo no Verão.

⇒ Mudança diária de meias (algodão sem costuras que não apertem as pernas).

⇒ Usar calçado confortável, adaptado ao pé de forma a que não hajam zonas apertadas ou pressão excessiva - a compra de sapatos deve ser feita ao fim do dia quando os pés estão mais inchados.



⇒ Antes de calçar os sapatos verificar (com a mão também) se existem corpos estranhos deformações que possam ferir os pés.

⇒ Nunca andar descalço nem mesmo em casa.

⇒ Não aproximar os pés de fontes de calor ou gelo.

⇒ Não aquecer os pés com botijas optar por meias de lã.



#### E EM CASO DE PRESENÇA DE FUNGOS NOS PÉS (MICOSE)?

⇒ Mais atenção a todos os cuidados acima referidos;

⇒ Aplicar vinagre de cidra entre os dedos (se não houver lesões)

⇒ Aplicar spray antifúngico nas unhas para evitar a progressão da micose

⇒ Em alguns casos pode ser necessário tomar medicamentos pelo que deve mostrar os pés na próxima consulta a sua equipa de saúde.



⇒ Se verificar alguma lesão por mais pequena que seja, proteja com uma compressa seca e contacte a sua equipa de saúde!



# AUTO VIGILANCIA

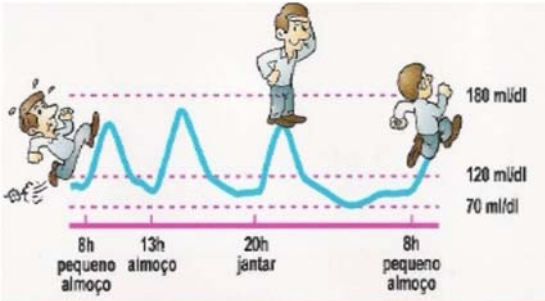
## - VIGIAR O AÇÚCAR NO SANGUE -



**COMO VIGIAR?**

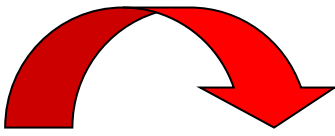
A sua equipa de saúde estabelece consigo um plano de tratamento que inclui:

1. Consultas de pelo menos 3/3 meses
2. Análises regulares
3. Auto vigilância do açúcar no sangue
4. Educação para a saúde



**ATENÇÃO**

- \* Os valores do açúcar no sangue não são constantes ao longo do dia.
- \* O teste em jejum de vez em quando não é suficiente para controlar a diabetes
- \* A frequência de avaliação deveria ser negociada com a equipa de saúde e depende do seu tipo de diabetes e do tratamento que faz (pode ser preciso avaliar varias vezes ao dia ou apenas uma a duas vezes por semana)
- \* Anote sempre no livro de registo



VALOR DAS GLICEMIAS (AÇUCAR NO SANGUE)	BOM	ACEITAVEL	MAU
EM JEJUM	80-130 mg/dl	121-140 mg/dl	>140 mg/dl
APOS A REFEIÇÃO	100-150 mg/dl	151-180 mg/dl	> 180 mg/dl

**Não se esqueça que também é importante:**

- \* Ter a tensão arterial e colesterol controlados
- \* Ter cuidado com os pés
- \* Cumprir dieta e perder peso

## A PESSOA COM DIABETES

### DIREITOS

- Um plano de tratamento e objetivos de auto cuidado;
- Aconselhamento personalizado sobre alimentação e atividade física adequada;
- Informação sobre dosagem, horário da medicação e sobre como adequar as doses com base na auto vigilância;
- Indicação sobre os objetivos para o seu peso, glicémia, lípidos no sangue e tensão arterial;
- Análises laboratoriais regulares;
- Ajuda esclarecimento e educação terapêutica contínua ao doente e família;
- Verificação, pela equipa de saúde do seu controlo/vigilância;
- Avaliação anual dos olhos, pés, da função renal, dos fatores de risco para doenças cardíacas, das técnicas de auto vigilância e dos hábitos alimentares;
- Prevenção e tratamento das possíveis complicações crónicas;
- Informação sobre o suporte social e económico, para que o diabético usufrua dos seus direitos sociais.

### DEVERES

- Assumir comportamentos que conduzam permanentemente à obtenção de ganhos de saúde e que contribuam para o seu auto controlo;
- Predispor-se a aprender continuamente, a controlar a sua diabetes;
- Tentar ser autónomo, praticando o seu próprio auto controlo;
- Examinar regularmente os pés;
- Adquirir hábitos de vida saudáveis;
- Controlar o peso;
- Praticar atividade física regular;
- Não fumar;
- Contactar a equipa de saúde sempre que sinta necessidade e até que fique esclarecido sobre as questões que o preocupam;
- Tomar corretamente a medicação;
- Usar corretamente os materiais de controlo e tratamento;
- Usar adequadamente os serviços de saúde.

## O SEU PLANO DE TRATAMENTO

### OBJECTIVOS:

Açúcar em jejum: \_\_\_\_\_

Açúcar após as refeições: \_\_\_\_\_

	Pequeno-almoço	Meio da manhã	Almoço	Meio da tarde	Lanche	Jantar	Ceia
ALIMENTAÇÃO							

MEDICAÇÃO	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar

*O contacto da sua equipa de saúde é: \_\_\_\_\_.*

*Em caso de dúvidas não hesite em contactar das 8h00 as 20h00 de 2ª a 6ª.*

## AUTOVIGILANCIA

\_\_\_\_\_ X dia /semana

	Antes Pequeno Almoço	Depois Pequeno-almoço	Antes Almoço	Depois almoço	Antes lanche	Depois lanche	Antes jantar	Depois Jantar	Antes deitar
2a feira									
3a feira									
4a feira									
5a feira									
6a feira									
sábado									
domingo									

## **ANEXO VI**

Exemplo de registo na base de dados

*Pessoas com Diabetes - Programa Gestão Regime Terapêutico*  
**UCC DO ENTRONCAMENTO**

Nº Processo:

Nome:  Data de Nascimento:

Morada:  Contacto:  Idade:

Tipo de Diabetes:  Tratamento:

Médico de família:  Vigilância da diabetes:  DATA:

Aceitação do estado de saúde (MODELO ANNE LACROIX):

Cuidador familiar:  Rede de apoio na comunidade:

Apoio Social:  Instituição:

**ANTECEDENTES PESSOAIS:**

HTA:  Dislipidemia:  Háb. Tabag.:  Aut. física (IAI):

IMC:  Perim. Abd.:  Aut. instrum. (IAI):

HBA1C:  DATA:  Outros:

Risco de queda (MORSE):

Referenciação:

**GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES**

Conhecimentos:  Plano de Intervenção:

Habilidades:

**2 - ACTIVIDADE FÍSICA** Avaliação inicial:

Conhecimentos:  Plano de intervenção:

Habilidades:

**3 - AUTOVIGILANCIA** Avaliação inicial:

Conhecimentos:  Frequência AMG:

Habilidades:  Object. glicémicos:

Plano de intervenção:  risco úlcera no pé:

**4 - REGIME MEDICAMENTOSO** Avaliação Inicial:

Conhecimentos:

Habilidades:

Plano de intervenção:

**5 - PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS** Avaliação inicial:

Adequação:

Interação com pessoa cuidada:  Plano de intervenção:

**ANEXO VII**  
Plano de atividades

O quê (atividades)	Indicadores de Avaliação	Quem	Como (recursos materiais, estratégias)	Onde	Quando
<b>Seleção população</b>	Nº de pessoas/ famílias identificadas Nº de VD's realizadas	Enf. Liliana Enf. UCCE	Consulta de documentos serviço (plano ação, listas de utentes) Suporte informático (SAPE, SINUS) Visita domiciliária Avaliação inicial pessoae família	Domicílio / UCCE /instituições parceiras	Segunda a sexta das 8h00-20h00 Sáb. e Dom. das 9 – 17
<b>Sessões de educação dirigidas à família/ cuidador</b>	◇ Ganhos no juízo de enfermagem no foco “gestão ineficaz do regime terapêutico” / “auto vigilância”/”adesão ao regime terapêutico” conforme tabela 2 ◇ N.º de ações de informação / formação realizadas por tipo de grupo alvo ◇ Redução do nível Hba1c ◇ Aumento satisfação grupos alvo ◇ Aumento nível de conhecimentos/aprendizagem de habilidades (avaliação inicial e final nas sessões)	Enf. Liliana Enf. UCCE	- Visita domiciliária - Educar e capacitar família/comunidade  ✓ Folhetos informativos ✓ Equipamento informático ✓ Equipamentos e material de apoio (ajudas técnica, produtos, etc. ) ✓ Linha telefónica de apoio (telemóvel)	Domicílio/UCCE Domicílio / CS / Instituições parceiras	Segunda a sexta - 9h00-17h00 Linha telefónica de apoio dias úteis 8h00 – 20h00
<b>Reuniões de equipa</b>	Nº de reuniões realizadas	Equipa da UCCE e representantes dos parceiros sociais Enf. Liliana		Sala de reuniões da UCCE	Reunião semanal
<b>Reuniões grupos de apoio</b>	Nº de reuniões realizadas	Enf. Liliana Cuidadores/família Psicóloga UCCE Assistente social UCCE	Equipamento informático  Métodos interativos		Segunda a sexta, 9h00 - 17h00
<b>Referenciação e articulação com outros serviços de saúde (social, hospital, associações)</b>	Número de casos referenciados	Equipa UCCE  Enf. Liliana	Através de telefone, fax, outros  Contactos e visitas à Associação protetora dos Diabéticos (APDP)	UCCE	Durante todo o projeto
<b>Construção de um manual de apoio</b>	Número de profissionais envolvidos e com conhecimento do manual	Enf. Liliana	Baseado no PNPCD e normas internacionais	UCCE	Durante todo o projeto
<b>Avaliação do projeto</b>	Avaliação de todos os indicadores	Enf. Liliana	Visitas domiciliarias utentes/famílias Contactos com parceiros sociais	Domicílio/UCCE/inst ituições parceiras	Segunda a sexta 08h00-20h00

## **ANEXO VIII**

Indicadores de avaliação do 1º trimestre

## INDICADORES DO PROJECTO APRENDER A GERIR E CONTROLAR A DIABETES

(1º Trimestre 2011)

PROCESSO	RESULTADO	1º Trimestre 2011 (METAS)	Fase I	Fase II	Fase III
☛ Percentagem de visitas domiciliárias realizadas		80%	14/14= 100%	12/14 (1 internado e outro sem critérios)	12/12=100%
☛ Número de horas de educação para a saúde realizadas aos grupos alvo (parceiros sociais)		5 Horas		4 Horas 4/5=	
☛ N.º de reuniões de equipa realizadas para avaliação, planeamento e realização das intervenções		42	14	12	12
☛ Percentagem de pessoas com diabetes registadas com avaliação em SAPE		100%	100%	100%	100%
☛ Número de casos referenciados (podologia, nutricionista, médico de família, hospital)			-	9/12 = 75%	-
☛ Número de horas de enfermagem necessárias para a intervenção de acordo com o processo de enfermagem a pessoae família com diabetes:		A definir			
- Atividade assistencial			14p*2h*1h=28HORAS	12p*4h* 1,5h= 72HORAS	12p* 2h*1h= 24HORAS
- Atividade de suporte assistencial					
• PLANEAMENTO DO ESTAGIO			25 HORAS		
• FORMAÇÕES PARCEIROS (organização e realização)				20 HORAS	
				12 HORAS	

• FORMAÇÃO PESSOAL					30 HORAS
• ORGANIZAÇÃO/TRATAMENTO DADOS					50HORAS
• AVALIAÇÃO DO PROJECTO					14 HORAS
• OUTROS (artigos, registos,etc)					
☛ Número total de horas de enfermagem necessárias para o desenvolvimento do projeto			275 HORAS		
☛ Numero de horas para colaboração noutras atividades			25 HORAS		
☛ Número de rubricas comunicação social		3	0	0	1
☛ Número de suporte de registo/informação realizados		1	-	-	2
	Taxa de resolução dos DE: gestão do regime terapêutico ineficaz em pelo menos um dos domínios da gestão eficaz regime terapêutico: alimentação, exercício, autovigilância, regime medicamentoso, papel do prestador de cuidados.	30%			
	✓ Ganhos em eficácia na gestão do regime terapêutico				6/12= 50%
	✓ Ganhos em conhecimento em pelo menos um dos domínios da gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes/ cuidador		-	-	10/12= 83,3%
	✓ Ganhos em aprendizagem de		-	-	10/12= 83,3 %

	<p>habilidades nos vários domínios da gestão do regime terapêutico na pessoa com diabetes/ cuidador</p> <p><b>(NOTA: Sempre que se verifique modificação positiva ou negativa na opinião clínica atribui-se outro juízo de diagnóstico no SAPE)</b></p>		-	-	
	✓ Taxa de melhoria a HbA1c	<b>30%</b>	-	-	9/12= 75%
	✓ Percentagem de adesão grupos de apoio	<b>40%</b>	-	-	(não realizado)
	✓ Percentagem de famílias/cuidadores satisfeitos ou muito satisfeitos com o projeto	<b>70%</b>	-	-	100%

**ANEXO VIII**

ARTIGO PUBLICADO NO ESPAÇO “MAIS SAÚDE”

Um em cada quatro portugueses com mais de 60 anos sofre de diabetes. Muitas pessoas ainda não sabem que têm diabetes e apenas têm conhecimento disso quando já têm sintomas graves, como problemas nos olhos ou nos rins.

A doença caracteriza-se pelo aumento dos níveis de açúcar ou glicose no sangue (hiperglicemia) devido à incapacidade do organismo processar todos os açúcares provenientes dos alimentos, por ausência ou deficiente ação da insulina.

Viver com diabetes pode representar um desafio. Contudo, ter diabetes não significa privação nem castigo. Basta saber gerir a doença e ser detentor das informações para tal.

Devidamente tratada, a diabetes não impede a pessoa de ter uma vida perfeitamente normal. Contudo, é fundamental que a pessoa (e no caso de pessoa com dependência, a família) se envolva no tratamento, auto controlando a doença.

Até então, a consulta à pessoa com diabetes era realizado na maior parte dos casos, nos centros de saúde.

Com a criação das Unidade de Cuidados na Comunidade, é possível ir ao encontro dos contextos das famílias permitindo colher informações preciosas, criar um ambiente de confiança e ainda envolver toda a rede social de apoio da pessoa.

Para além disto, possibilita os cuidados neste âmbito a todas as pessoas que estão confinadas aos seus lares por situações de dependência.

Aproveitando o estagio na área de especialidade de Enfermagem Comunitária a Enfermeira Liliana Borges desenvolveu o projeto “Aprender a Gerir e Controlar a diabetes”, integrado no Programa “ Gestão do Regime Terapêutico” da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento, com envolvimento de todos os técnicos da equipa multidisciplinar e, quando necessário, de outras instituições de saúde.

Passou por momentos de contacto no domicílio com as pessoas e famílias e pela articulação e formação dos parceiros sociais. Quer a pessoa com diabetes, quer a família foram motivados e responsabilizados para o auto vigilância, cumprimento de medicação prescrita, alimentação e atividade física.

Com a colaboração do CERE, Lar da Misericórdia e Lar dos Ferroviários foi possível e das próprias famílias foi possível chegar a resultados muito positivos, havendo uma melhoria evidente no controlo da doença na maioria das pessoas.

Diz o ditado que a união faz a força e se essa força é, para nós profissionais de saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, estamos de certo no bom caminho!