



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Trabalho de Projeto**

**Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com
Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria
Continua da Qualidade**

Carina Marisa Trindade Horta

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Trabalho de Projeto**

**Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com
Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria
Continua da Qualidade**

Carina Marisa Trindade Horta



Orientador: Prof^a Mestre Maria da Graça Silva Quaresma



**Lisboa
2022**

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

À Professora Mestre Maria Graça Quaresma, pela sua orientação, disponibilidade, incansável partilha de conhecimentos e de opiniões, pelo seu sentido crítico construtivo e pela total colaboração em solucionar todas as dúvidas e problemas que foram surgindo durante este percurso. Acima de tudo, e sabendo que as contrariedades da vida se demonstraram desafiantes, agradeço especialmente pelo cuidado, pela presença permanente e por todas as palavras de incentivo.

Aos meus colegas, não só por aceitarem e reconhecerem valor em todos desafios propostos, como também por me desafiarem, diariamente, pela procura incessante da qualidade na nossa prática profissional. Vamos seguramente continuar a fazer um bom trabalho!

À Enfermeira Margarida Tomás, que como enfermeira coordenadora revela um dinamismo inalcançável e apoia regularmente o desenvolvimento de novas ideias e novos projetos.

À minha família, e principalmente aos meus pais, pelo suporte e pela compreensão durante os períodos de ausência.

Ao Luís, pelo apoio incondicional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA – *American Diabetes Association*

ADO - Antidiabéticos orais

APA - *American Psychological Association*

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

ART – Adesão ao regime terapêutico

CEPD – Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNIO - *Chief nursing information officer*

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DOSI - Direção de Organização e Sistemas de Informação

DR – Diário da República

GIPE – Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem

HbA1c – Hemoglobina glicada

IDF – *International Diabetes Federation*

IPQ – Instituto Português da Qualidade

JCI - *Joint Commission International*

NA – Não aplicável

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDCA – *Plan, Do, Check, Act*

PMCQ – Projeto de melhoria continua da qualidade

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SPEDM - Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A Diabetes *Mellitus* é considerada um dos grandes problemas de saúde global, mundialmente estimada como um dos quatro grupos de doenças crónicas responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade no grupo etário entre os 30 e os 69 anos de idade. A coordenação de cuidados na gestão do controle de sintomas e da redução do risco, com a finalidade de minimizar as complicações a longo-termo, requer uma imperativa estruturação e reestruturação de cuidados com o propósito de envolver não só a pessoa com diabetes e a sua família, como também os profissionais de saúde. Desta forma foi pertinente pensar no desenvolvimento de um projeto de melhoria continua da qualidade na área da Diabetes *Mellitus* com foco na promoção da adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes, utilizando como quadro conceptual os conceitos que ajudaram no desenvolvimento do projeto. Este, tem como finalidade, desenvolver e implementar um projeto de melhoria continua da qualidade relacionado com a adesão ao regime terapêutico à pessoa com diabetes em idade adulta, na Consulta de Enfermagem da Unidade de Endocrinologia de um Hospital Privado da área metropolitana de Lisboa. A implementação do projeto inovador seguiu a **metodologia** do ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) de Deming (1989) sustentado nas orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2013). Teve como **objetivo geral** - promover a adesão ao regime terapêutico da pessoa em idade adulta com diabetes, na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa. E como **objetivos específicos** - Identificar indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a adesão ao regime terapêutico à pessoa com diabetes em idade adulta; Identificar as necessidades de formação em serviço da equipa multidisciplinar no contexto deste projeto; Identificar e desenvolver instrumentos/ferramentas de suporte facilitadores da adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes em idade adulta; Desenvolver o conhecimento da pessoa com diabetes para a gestão do seu regime terapêutico; Desenvolver a capacidade da pessoa com diabetes para a gestão do regime terapêutico. Para a sua operacionalização, desenvolveram-se várias **intervenções**, que exigiram um conjunto alargado de atividades tais como, a constituição de um grupo dinamizador do projeto, que desencadeou a realização de formação em serviço, criação de instrumentos educativos de suporte à consulta de enfermagem, auditoria à documentação do processo de enfermagem, identificação e monitorização de indicadores de qualidade, entre outras, que se mostraram essenciais para a promoção da adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes/família. Como **resultados** obtidos salienta-se que a avaliação do projeto foi efetuada através da monitorização dos indicadores de estrutura, processo e resultado. Destaca-se a garantia 100% de formação em serviço e 66,7% de formação diferenciada aos enfermeiros da equipa. Quanto à percentagem de clientes com diabetes com valores de HbA1c < 8%, esta apresentou valores entre os 66,7-80,5%. E quanto à avaliação da adesão ao regime terapêutico, verifica-se maior percentagem de adesão da

pessoa com diabetes quanto regime medicamentoso (60,5%-76%). É necessário continuar o desenvolvimento da melhoria do sistema de informação, em enfermagem para a avaliação do conhecimento e capacidade da adesão ao regime terapêutico na diabetes e para avançarmos para a 2ª fase do projeto.

Palavras-chave: Enfermeiro; Pacientes diabéticos; Regime terapêutico; Melhoria da qualidade; Projeto de Melhoria Continua da Qualidade.

ABSTRACT

Diabetes *Mellitus* is considered one of the major global health conditions, estimated worldwide as one of the four groups of chronic diseases responsible for the high mortality rates in the age group between 30 and 69 years of age. Care coordination in the management of symptom control and risk reduction, with the aim of minimizing long-term complications, requires an imperative structuring and restructuring of care with the purpose of involving not only the person with diabetes and their family, as well as health professionals. In this way, it was pertinent to think about the development of a continuous quality improvement project in the area of Diabetes *Mellitus* with a focus on promoting adherence to the therapeutic regimen of the person with diabetes, using as a conceptual framework the concepts that helped in the development of the project. This, aims to develop and implement a continuous quality improvement project related to adherence to the therapeutic regimen for people with diabetes in adulthood, in the Nursing Consultation of the Endocrinology Unit of a Private Hospital in the metropolitan area of Lisbon. The implementation of the innovative project followed the **methodology** of the PDCA cycle (Plan-Do-Check-Act) by Deming (1989) based on the guidelines of the Guide for the Organization of Projects for Continuous Improvement of the Quality of Nursing Care, created by Ordem dos Enfermeiros (2013). It had the **main goal** - to promote adherence to the therapeutic regime of the person in adult age with diabetes, in the Nursing Consultation to the Person with Diabetes of a private Hospital in the metropolitan area of Lisbon. And as **specific objectives** - To identify quality indicators sensitive to nursing care related to adherence to the therapeutic regimen for people with diabetes in adulthood; Identify the in-service training needs of the multidisciplinary team in the context of this project; Identify and develop support instruments/tools that facilitate adherence to the therapeutic regimen for people with diabetes in adulthood; Develop the knowledge of the person with diabetes to manage their therapeutic regimen; Develop the ability of the person with diabetes to manage the therapeutic regimen. For its operationalization, several **interventions** were developed, which required a wide range of activities such as, the constitution of a project dynamic group, which triggered the realization of in-service training, creation of educational instruments to support the nursing consultation, auditing the documentation of the nursing process, identification and monitoring of quality indicators, among others, which proved to be essential for promoting adherence to the therapeutic regimen in the person with diabetes/family. As **results** obtained, it should be noted that the evaluation of the project was carried out through the monitoring of structure, process and result indicators. Of particular note is the guarantee of 100% in-service training and 66.7% of differentiated training for the team's nurses. As for the percentage of clients with diabetes with HbA1c values < 8%, this presented values between 66.7-80.5%. And regarding the assessment of adherence to the therapeutic regimen, there is a higher percentage of adherence by the person with diabetes regarding the medication regimen (60.5%-76%). It is necessary to continue the development of the improvement of the information system, in nursing, for the evaluation

of the knowledge and ability to adhere to the therapeutic regimen in diabetes and to advance to the 2nd phase of the project.

Key words: Nurse; Diabetic patients; Therapeutic regimen; Quality improvement; Continuous Quality Improvement Project.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1. GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	18
2. MELHORIA DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	21
3. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES.....	25
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO.....	30
1. METODOLOGIA.....	30
1.1 Planeamento do Projeto.....	32
1.2 Execução do Projeto.....	42
1.3 Análise de Resultados.....	55
1.4 Reavaliação e Partilha de Resultados.....	75
2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	79
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	80
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

APÊNDICES

- APÊNDICE 1 – Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes através da Implementação de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade – *Revisão Scoping*
- APÊNDICE 2 – Etapas identificadas por Heather Palmer para a avaliação da qualidade
- APÊNDICE 3 – Plano de atividades planeado / Plano de atividades realizado
- APÊNDICE 4 – Apresentação projeto “Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes – Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade
- APÊNDICE 5 – Norma de funcionamento “Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes”
- APÊNDICE 6 – Plano de formação
- APÊNDICE 7 – Formação em serviço: “Processo de Enfermagem CIPE®”
- APÊNDICE 8 – Formação em serviço: “Terapêutica injetável para a DM”
- APÊNDICE 9 – Instrumentos educativos – Folhetos

APÊNDICE 10 – Instrumentos educativos – Guia de Controlo da Diabetes

APÊNDICE 11 – *Check-list* de auditoria à documentação de enfermagem

APÊNDICE 12 – Relatório de auditoria (Janeiro-Fevereiro 2022; Março-Abril 2022; Maio-Junho 2022)

APÊNDICE 13 – Notas de Reunião

ANEXOS

ANEXO 1 – Programa de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem

ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética

ANEXO 3 – Plataforma *LibreView*®

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa (Causa-Efeito).....37

Figura 2 - Cruzamento entre os objetivos definidos e o planeamento de atividades.....41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente às atividades diagnósticas, no plano de cuidados	57
Gráfico 2 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente aos diagnósticos de enfermagem, no plano de cuidados	58
Gráfico 3 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente às intervenções de enfermagem.....	59
Gráfico 4 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente ao plano de trabalho de enfermagem.....	60
Gráfico 5 - Análise das notas gerais.....	60
Gráfico 6 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação de atividade diagnóstica "Avaliar: adesão"	65
Gráfico 7 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar HbA1c"	66
Gráfico 8 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8	68
Gráfico 9 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%	69
Gráfico 10 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM .	70
Gráfico 11 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM.....	72
Gráfico 12 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico em clientes com DM.....	73
Gráfico 13 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime medicamentoso em clientes com DM	74

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise do ambiente interno e externo - Matriz SWOOT	38
Quadro 2 - Identificação dos indicadores de qualidade	39
Quadro 3 - Indicador: Norma orientadora da consulta de enfermagem e consulta de acompanhamento - follow-up à pessoa com diabetes (revisão).....	61
Quadro 4 - Indicador: Instrumentos educativos promotores da ART da pessoa com DM/família	62
Quadro 5 – Indicador: Check-list de auditoria da documentação de enfermagem	62
Quadro 6 – Indicador: Plano de formação em serviço	62
Quadro 7 – Indicador: Percentagem de enfermeiros que participaram na formação em serviço na área da diabetes.....	63
Quadro 8 – Indicador: Percentagem de enfermeiros com formação externa/diferenciada na área da diabetes	64
Quadro 9 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Avaliar: Adesão"	64
Quadro 10 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar HbA1c"	66
Quadro 11 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8%.....	67
Quadro 12 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%.....	68
Quadro 13 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM.....	70
Quadro 14 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM	71
Quadro 15 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico em clientes com DM.....	72
Quadro 16 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime medicamentoso em clientes com DM	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: “Avaliar: Adesão”	65
Tabela 2 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar HbA1c"	66
Tabela 3 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8.....	67
Tabela 4 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%	69
Tabela 5 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM.....	70
Tabela 6 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM.....	71
Tabela 7 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico em clientes com DM.....	73
Tabela 8 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime medicamentoso em clientes com DM	74

INTRODUÇÃO

As instituições prestadoras de cuidados de saúde são desafiadas a prestar mais e melhores cuidados aos cidadãos, o que origina novas preocupações, nomeadamente, na melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem no que respeita à adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença crónica.

Mundialmente as doenças crónicas, são uma das principais causas de morte (41 milhões pessoas/ano), equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. Estima-se ainda que, anualmente, cerca de 15 milhões destas pessoas, se encontram entre os 30 e os 69 anos de idade. Os quatro grupos de doenças crónicas responsáveis por esta morte prematura, refletem-se nas doenças cardiovasculares (17,9 milhões), nas doenças oncológicas (9,3 milhões), nas doenças respiratórias (4,1 milhões) e na diabetes *mellitus* (DM) (1,5 milhões) (World Health Organization [WHO], 2019).

Atualmente, cerca de 9,3% da população em idade adulta (537 milhões), entre os 20 e os 79 anos de idade, vivem com DM (Internacional Diabetes Federation [IDF], 2021). Em 2018, a prevalência estimada da DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade (7,7 milhões) foi de 13,6%. Significando que mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes, dos quais 56% já diagnosticados e 44% ainda não diagnosticados (Raposo, 2020).

O controlo metabólico deficitário, pode levar a múltiplas complicações, entre as quais, complicações do foro cardíaco e renal, aterosclerose, retinopatia diabética e neuropatia (WHO, 2016). Verificando-se a necessidade urgente de prevenir a DM, e melhorar a capacidade de autocontrolo dos níveis de glicose no sangue (Caifang, Ling, Han-Lin, Wenfeng & Mijung, 2020).

Embora a educação para a saúde melhore, efetivamente, o autocontrolo das doenças crónicas, neste campo, a DM continua a ser uma das doenças mais desafiantes, tanto para a pessoa que vive com a doença, como para os profissionais de saúde (Caifang et al., 2020). O autocontrolo bem-sucedido da DM, requer uma mudança abrangente e continua do estilo de vida, e a monitorização continua de determinados parâmetros, como por exemplo, os níveis de açúcar no sangue (Caifang et al., 2020). Assim, educação para a saúde dirigida para a prevenção e controlo da DM visa alcançar melhorias no autocuidado, associado a hábitos alimentares saudáveis, à adesão da prática de atividade física e à promoção da saúde, bem como disponibilizar informação sobre a fisiopatologia da doença, sinais, sintomas e suas complicações (Ginzburg, Hoffman & Azuri, 2018; Torres, Pereira & Alexandre, 2011).

A adesão ao autocuidado na DM passa pela capacitação da pessoa na gestão da medicação, da dieta e do exercício físico, promovendo assim, a mudança de comportamentos e a adoção de um estilo de vida saudável (Oliveira, Almeida, Girão & Aires de Freitas, 2016). Sendo que, a educação terapêutica em diabetes se destaca como um dos pilares do tratamento da doença (Fonseca, Ramos & Orta, 2018).

A coordenação de cuidados na gestão do controle de sintomas e da redução do risco, com a finalidade de minimizar as complicações a longo-termo, requer uma imperativa estruturação de cuidados com o propósito de envolver não só a pessoa com diabetes, como também os profissionais de saúde (Taylor & Bircher, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere também que, a nível da Enfermagem e dos cuidados de saúde prestados, deverá ser utilizado um conjunto de indicadores mensuráveis, de forma a proceder à avaliação dos mesmos, a nível quantitativo e qualitativo (OE, 2004). Defende também que a produção de indicadores deverá seguir algumas regras e que estas são baseadas no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE). O RMDE conclui um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem, ou seja, dimensões específicas da Enfermagem e que através destes, é possível traduzir o papel do exercício profissional dos enfermeiros na qualidade da prestação de cuidados (OE, 2007). Os Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são aqueles que são relevantes, baseados no âmbito e domínio das intervenções de enfermagem e para os quais há evidência empírica que relaciona o *input* do enfermeiro e o resultado da sua intervenção. Perante estes dados torna-se importante a identificação dos resultados da intervenção da equipa de enfermagem na pessoa com diabetes. Considera-se que estes indicadores têm sido utilizados para a melhoria da qualidade dos cuidados (Doran, Mildon & Clarke, 2011).

É assim pertinente, pensar no desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade (PMCQ) dos cuidados. A implementação deste tipo de projetos parte da *“(...) identificação e descrição da situação problemática, do desvio em relação à norma ou em relação a um padrão de comparação que é pretendido alcançar, focalizadas por áreas de atenção da prática de Enfermagem, (...)”* (Dias, 2014, p.40).

Os PMCQ dos cuidados em enfermagem permitem questionarmos e refletirmos com base na evidência acerca da nossa prática clínica, levando à mudança destas mesmas práticas. A OE, na senda de outras organizações oficiais e da evidência científica, tem atribuído cada vez mais importância à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e desenvolvidos esforços nesta área. Um destes esforços foi a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) que se constituem como um referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal (Dias, 2014; OE, 2001).

Enquanto enunciado descritivo dos PQCE, a prevenção de complicações, nomeadamente face à identificação dos problemas potenciais da pessoa, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar as suas consequências e/ou minimizar os efeitos indesejáveis; a readaptação funcional, na procura permanente da excelência no exercício profissional, onde o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação aos problemas de saúde; e a organização dos cuidados de enfermagem onde o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, são considerados enunciados descritivos de qualidade do exercício

profissional dos enfermeiros e relevantes para o desenvolvimento deste projeto (OE, 2001).

Este projeto surgiu no sentido de procurar respostas para alguns constrangimentos ao nível da qualidade, nomeadamente a não existência de uma métrica que pudesse evidenciar a intervenção dos cuidados prestados pelos enfermeiros na Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes (CEPD), da Consulta Externa da Unidade de Endocrinologia, de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa. Acredita-se que esta métrica, irá dar ferramentas aos enfermeiros gestores para a tomada de decisão, planeamento e organização dos serviços.

A finalidade deste projeto é desenvolver e implementar um PMQC relacionado com a adesão ao regime terapêutico (ART) à pessoa com DM em idade adulta, na consulta de enfermagem de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

O objetivo geral do projeto é promover a ART da pessoa em idade adulta com DM, na CEPD de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

O projeto foi planeado de forma a ser desenvolvido por duas fases tendo como objetivos específicos, numa 1ª fase: Identificar indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a ART à pessoa com DM em idade adulta; Identificar as necessidades de formação em serviço da equipa multidisciplinar no contexto deste projeto; Identificar e desenvolver instrumentos/ferramentas de suporte facilitadores da ART da pessoa com DM em idade adulta; Desenvolver o conhecimento da pessoa com DM para a gestão do seu regime terapêutico; Desenvolver a capacidade da pessoa com DM para a gestão do regime terapêutico. Numa 2ª fase será desenvolvida a intervenção ao nível do internamento da pessoa com DM, melhorando a referência para a CEPD e continuar o desenvolvimento de melhoria do sistema de informação, em enfermagem para a avaliação do conhecimento e capacidade da adesão ao regime terapêutico na diabetes.

A metodologia utilizada incluiu a realização de uma *scoping review* de modo a realizar uma fundamentação eficaz do projeto a desenvolver, esta ferramenta ajuda na definição dos conceitos a serem utilizados no desenvolvimento deste projeto, sendo utilizadas também fontes de referência nacionais e internacionais. Este projeto baseou-se ainda no “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, elaborado pela OE (2013). Para operacionalização do projeto foi utilizada a metodologia *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), de acordo com o ciclo da qualidade de Deming (Deming, 1989; Moen & Norman, 2010). Este trabalho é composto por duas partes. A Parte I, referente ao enquadramento teórico e a Parte II, referente ao trabalho empírico. Para a redação do presente trabalho foram utilizados o novo acordo ortográfico e a norma da *American Psychological Association* (APA).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico do presente projeto, tem início com uma abordagem da gestão, com ênfase na **Gestão em Enfermagem** e atuais desafios aplicados aos enfermeiros gestores. Estes desafios estão estreitamente relacionados com o segundo capítulo deste enquadramento teórico, no qual são efetuadas referências às questões relacionadas com a **Melhoria da Qualidade em Saúde**, no que respeita à sua gestão, avaliação e implementação de indicadores de qualidade, temáticas que têm vindo a ser, cada vez mais estudadas pela sua pertinência e importância para a gestão de cuidados em saúde eficaz e, conseqüentemente, para a população alvo dos cuidados de saúde prestados. Por fim, é abordada com maior especificidade a temática da **Adesão ao Regime Terapêutico na Diabetes**, área de intervenção onde está a ser implementado o projeto.

1. GESTÃO EM ENFERMAGEM

Os avanços das tecnologias em saúde, a grande oferta de cuidados, as novas necessidades ligadas a uma população cada vez mais idosa com comorbilidades associadas e os elevados custos em saúde levam a que as funções de gestão nas organizações adquiram um papel decisivo ao nível da gestão de topo e dos processos de cuidados. Reiterando que *“A gestão é imprescindível à existência, sobrevivência e sucesso de qualquer organização”* (Potra, 2015, p 16).

Assume-se que a gestão consiste na execução de um conjunto de atividades de forma sistematizada, onde, através da utilização de vários recursos, se vão tomando decisões, com o objetivo de tornar a execução de atividades com um elevado nível de eficiência. Contudo, é pertinente o reconhecimento da diferença entre a gestão que resulta de mera repetição e bom senso, e a gestão que resulta de uma metodologia científica baseada na evidência (Carvalho, 2016).

Ao longo dos tempos, a função do enfermeiro gestor tem sido identificada como um dos elementos essenciais para o sucesso organizacional e pode ter um impacto profundo na influência da qualidade no processo de cuidados, na produtividade, na estabilidade financeira e na satisfação profissional e compromisso organizacional dos colaboradores (Gilber, Von & Broomer, 2017).

Nos modelos tradicionais de gestão, o gestor era hierarquicamente visto como o especialista onipotente, focado no controle dos colaboradores, com a finalidade de manter o equilíbrio e atingir as metas organizacionais. Devido à rápida expansão da troca de informações e da tecnologia, os principais motores económicos mudaram da produção física, para um foco no trabalho do conhecimento, no qual o conhecimento deve ser adquirido, sintetizado e aplicado na produção da meta organizacional, privilegiando aspetos relacionados com as teorias da motivação (Gilber, et al. 2017).

Os modelos contemporâneos de gestão em enfermagem em organizações de saúde, mudaram assim, de modelos baseados em controle hierárquico, para modelos baseados em relações influentes, que requerem diferentes interações entre o enfermeiro gestor e os colaboradores da sua equipa (Gilber, et al. 2017). Valorizando a cultura organizacional e considerando a abordagem da gestão através da cultura, evidenciando aspetos como os valores, crenças, sentimentos e rituais dos membros da organização, relacionando assim o empenho dos colaboradores com os resultados produzidos (Potra, 2015).

É necessário refletir sobre os modelos de gestão de cuidados para que sejam condizentes com o objeto de trabalho da saúde e da enfermagem. Estes modelos devem ser centrados nas pessoas, e nos seus projetos de felicidade. Evitando a valorização singular da tarefa, da divisão de trabalho e dos resultados obtidos relacionados com os cuidados prestados (Silva, Góis & Almeida, 2021).

Historicamente a gestão em enfermagem não possui expressão significativa na literatura internacional e nacional, sendo a enfermeira mais reconhecida nesta área em termos históricos Florence Nightingale. Já em 1859, o seu livro “Notas de Enfermagem. O que é e o que não é” narra aspetos relacionados com a prestação de cuidados, o controlo da qualidade e infeção, a gestão do risco e a administração das enfermarias. Apelando à existência de um mecanismo de supervisão por parte dos enfermeiros chefes, e defendendo a existência de hierarquias de enfermagem, com separação entre os enfermeiros prestadores de cuidados e as suas chefias (Nightingale, 1859).

Em Portugal é determinante a análise do “Regulamento nº101/2015 - Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor”. Este documento manifesta a importância das funções de gestão por enfermeiros para assegurar a qualidade do exercício profissional. Os enfermeiros gestores contribuem assim, *“no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem”* (p. 5948). Reconhecendo a importância da coordenação operacional das equipas de enfermagem, na vertente da gestão de cuidados e na vertente da gestão de competências dos enfermeiros, considerados como aspetos centrais a organização da atividade em enfermagem e a promoção do bom funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde (Diário da República [DR], 2015).

O Regulamento nº101/2015 prevê ainda que ao enfermeiro gestor compete as funções de: gerir os recursos da unidade ou serviço; gerir os recursos humanos em função das necessidades de cuidados; criar condições para um trabalho cooperativo e com articulação efetiva da equipa multidisciplinar; garantir a prática de enfermagem baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível; garantir a implementação de processos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem; promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde; promover a divulgação de informação relevante para o exercício profissional; valorizar as competências da sua equipa, facilitando e promovendo processos formativos; avaliar o desempenho profissional dos enfermeiros; implementar auditorias internas com vista à

melhoria da qualidade dos cuidados de saúde; promover o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem; promover a formação pré e pós-graduada; garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem; participar na determinação dos postos de trabalho de enfermeiros a prever no mapa de pessoal; participar no processo de contratualização interna; participar na gestão de recursos materiais e de equipamentos; emitir funções de assessoria técnica e participar em comissões de escolha de materiais e de equipamentos (DR, 2015).

Assim, é possível compreender que os enfermeiros gestores detêm uma obrigação legal de assegurar a qualidade dos cuidados prestados, sendo elementos essenciais que se encontram numa posição privilegiada que lhes permite influenciar políticas, sistemas, procedimentos e climas organizacionais (Parand, Dopson, Renz & Vincent, 2014).

Os PMQC dos cuidados de enfermagem surgem no decurso de uma preocupação crescente com as questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos clientes. Ao longo do tempo a OE tem incentivado a criação, implementação e divulgação dos resultados obtidos através de PMQC, tendo publicado inclusivamente em 2013 um “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2013).

De forma a compreender melhor o conceito de melhoria da qualidade em saúde no próximo capítulo será abordado este conceito relacionando-o com a gestão e avaliação de qualidade em saúde e a implementação e monitorização de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

2. MELHORIA DA QUALIDADE EM SAÚDE

A percepção do conceito de qualidade na área da saúde tem assumido uma posição dinâmica e mutável ao longo dos tempos, observa-se como um conceito pouco consensual, e de complexa definição, colocando inúmeras questões de reconhecimento e de objetividade. Difícil de definir também, dado o avanço da tecnologia, que proporciona um ritmo tal de capacidade de fornecer cuidados de alta qualidade a todos, onde as expectativas aumentam e fomentam a excelência. Mais importante que o *know-how* e os recursos, é a forma como se organizam e se prestam os cuidados (WHO, 2006).

Nas últimas décadas, novos desafios emergiram na gestão da qualidade em saúde. Para tal, em muito contribuiu a investigação realizada sobre a efetividade e impacto das iniciativas de melhoria da qualidade e segurança do cliente. Tendo em consideração as atuais mudanças nas organizações de saúde, bem como os padrões de saúde e doença, as crescentes exigências da sociedade, a criação de novas tecnologias e a formação dos profissionais, os enfermeiros devem encarar a qualidade como uma meta operacional (Abreu, 2007).

Existem variadas definições de qualidade em saúde, o autor Mezomo (2001) defende qualidade como “(...) a adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades aos seus clientes.” (p. 111). O mesmo autor defende assim, existência de três aspetos fundamentais para a definição de qualidade: a missão da instituição, os serviços e a satisfação do cliente (Mezomo, 2001).

Já o Instituto de Medicina, defende este conceito como intrínseco aos cuidados quando existe um grau ótimo de prestação de cuidados de saúde, que vai de encontro aos resultados de saúde expectáveis, de acordo com as diretrizes do conhecimento profissional (Institute of Medicine, 2000). Trata-se de um conceito que pretende alcançar um nível de excelência máximo, com um distinto grau a nível profissional, com eficiência na utilização de recursos, tendo em atenção a minimização dos riscos e a otimização dos resultados em saúde para os clientes (WHO, 2006).

A *Joint Commission International* (JCI), define qualidade em saúde como o alcance da saúde e da concretização e satisfação de uma população, tendo por base as características desta, a tecnologia atual, os recursos disponíveis e a forma como as organizações podem aumentar a obtenção de resultados previamente estabelecidos (JCI, 2021).

Para Donabedian (2003) a qualidade em saúde é o produto da interação de dois fatores, da ciência e tecnologia dos cuidados de saúde, e da aplicação do conhecimento e da tecnologia na prática clínica. O mesmo autor afirma que o conceito de qualidade pode ser definido com exatidão sendo este aspeto fundamental, para à *posteriori*, ser realizada uma monitorização da qualidade que servirá de garantia à sua existência. É assim possível avaliar a qualidade dos cuidados tendo por base indicadores de estrutura, processo e resultado (Donabedian, 2003). Os indicadores de estrutura estão relacionados com as condições nas quais os cuidados são prestados (inclui recursos materiais, recursos

humanos, qualificações dos profissionais, as características organizacionais que estão relacionadas com a organização das equipas multidisciplinares, os métodos de avaliação de desempenho, a modalidade de vencimento, entre outros); os indicadores de processo (relacionados com as atividades inerentes aos cuidados de saúde); e os indicadores de resultado (alterações, desejáveis ou não, relacionadas com os cuidados de saúde fornecidos) (Donabedian, 2003). A avaliação, monitorização e a apreciação dos cuidados de saúde, são fundamentais no alcance do sucesso de qualquer organização de saúde. Indicadores de qualidade devem ser desenvolvidos e relatados, de forma a identificar falhas e lacunas nos padrões de cuidados (Organização para a Cooperação e o Desenvoltimentos Económicos [OCDE], 2017).

A qualidade na área da saúde deverá ser avaliada, é recomendado que a sua avaliação incorpore um conjunto de componentes ou dimensões de forma a ser completa e detalhada e abranger todas as perspetivas relevantes. Nestas podem ser incluídas, por exemplo, a efetividade, a eficiência, o acesso e a equidade (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

Bons sistemas de processos de qualidade nas organizações de saúde, como por exemplo a liderança e a responsabilização; o planeamento, como atividade sistemática organizada; a definição de competências e formação; a comunicação e a gestão de informação; a identificação, alocação e gestão de recursos; e a abordagem por processos, espelhando uma lógica de interdependência entre todas as atividades, são fatores preponderantes na melhoria da qualidade em saúde (Instituto Português da Qualidade [IPQ], 2015).

Em Portugal, embora tenha sido uma preocupação constante ao longo dos anos, é relativamente recente a apoteose atribuída à qualidade em saúde. Somente em 1997 o Ministério da Saúde instituiu uma política de qualidade para o seu setor, com o intuito de desenvolver e implementar sistemas de qualidade (Lopes, 2007).

Em 2015 foi definida a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho nº5613/2015, de 27 de Maio, a sua principal missão é *“potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.”* (p. 13552). Adotando as seguintes prioridades de atuação: enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadoras e instituições; melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes; reforço da investigação clínica; monitorização permanente da qualidade e segurança; divulgação de dados comparáveis de desempenho; reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (DR, 2015).

Pretende-se com esta estratégia, que ocorra uma mudança cultural, com reflexo a nível comporta com vista a que o paradigma de cuidados deixe de ser centrado na organização, mas seja, antes no cliente (DR, 2015).

Na continuidade desta estratégia, em 2021, foi aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, decorrente deste plano, e de forma a assegurar

medidas no que diz respeito à segurança do doente e à qualidade da prestação de cuidados de saúde foi publicado o

Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de Janeiro que, entre outros aspetos, determina que a missão da Direção Geral da Saúde (DGS) é a de planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde e, como atribuições, a promoção das atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde. (DR, 2021, p.96).

Em Portugal, a qualidade passou a fazer parte do discurso quotidiano e é comum a tendência para se tornar num alicerce das escolhas e tomadas de decisão, não só das organizações do setor público, como de todas as organizações e indivíduos.

Ao nível da Enfermagem, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu os PQCE. Este documento é composto por seis categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. É através destes enunciados que é possível dar a conhecer à comunidade e a outros profissionais qual o papel dos enfermeiros. A elaboração deste tipo de documentos demonstra a preocupação da OE com as questões relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados. Contudo, a definição e o conhecimento geral dos enunciados não asseguram a execução dos mesmos pelo que a monitorização do seu cumprimento é da competência dos Colégios da Especialidade da Ordem dos Enfermeiros e dos Conselhos de Enfermagem Regionais. Às instituições de saúde compete a adequação dos recursos e a criação de estruturas e ambientes favoráveis ao exercício profissional de enfermagem de qualidade (OE, 2001).

A definição de PQCE estimula a reflexão por parte dos enfermeiros sobre questões, como a melhoria dos cuidados de enfermagem e sobre o exercício profissional. No que respeita ao exercício profissional, é importante ressaltar também que no artigo 109º do Código Deontológico dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado em anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, que remete para a excelência do serviço, está descrito que: *“(...) o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas (...) garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos (...)”* (OE, 2015, p.6528).

Esta procura pela excelência do exercício da profissão leva desenvolvimento de PMQC dos cuidados de enfermagem, estes, permitem questionarmos e refletirmos com base na evidência acerca da prática clínica de Enfermagem, levando à mudança destas mesmas práticas. Este tipo de projetos ilustram modelos de melhoria associadas a mudanças de processo, baseadas em intervenções de enfermagem alicerçadas pela evidência científica mais recente, com os resultados obtidos no cliente, traduzidos em benefícios de saúde para os mesmos (Nicklesa, 2019). A OE, em 2013, elaborou o “Guião

para a Organização de Projetos de Melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, onde é sugerido como esquema base a aplicação do Ciclo PDCA ou Ciclo de Deming (Deming, 1989; Moen et al., 2010; OE, 2013).

De acordo com Moen et al. (2010), o ciclo PDCA teve a sua origem com a palestra de William Edwards Deming, realizada no Japão em 1950, surgindo de uma adaptação do Ciclo de Shewart. O ciclo PDCA é considerado um método de alto nível, com o propósito de alcançar a melhoria contínua da qualidade (Lodgaard & Aasland, 2011). A sua abordagem é sistemática, simples e flexível, correspondendo a princípios fundamentais de analogia a um método científico, apresentando uma metodologia efetiva de aplicação do método (Gorenflo & Moran, 2012; Taylor, McNicholas & Nicolay, 2013).

Desta forma, a sua operacionalização é realizada através das suas quatro fases: *Plan* (Planear – Identificar e descrever o problema, perceber o problema e dimensioná-lo, formular objetivos iniciais, perceber as causas), *Do* (Executar – planear e executar as tarefas/atividades), *Check* (Verificar – verificar os resultados), *Act* (Agir – propor medidas corretivas, *standardizar* e treinar a equipa, reconhecer e partilhar o sucesso) (Moen et al., 2010; Gorenflo et al., 2012; OE, 2013).

Todas as dimensões da qualidade em saúde referidas são relevantes, não esquecendo a importância da Segurança do Doente na qualidade dos cuidados. Assume-se assim que, a qualidade em saúde na sua globalidade, é significativa, no sentido da sua melhor abordagem para melhoria dos resultados e ganhos em saúde e em resposta à constante evolução social e mutabilidade das necessidades de saúde.

3. ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES

A DM é uma doença crónica e reporta-se a uma desordem metabólica múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou na ação da insulina, ou de ambas. É responsável por um conjunto de complicações microvasculares, macrovasculares e neurológicas, o diagnóstico e o tratamento precoce são a melhor forma de prevenção das complicações descritas (Correia, Boavida & Almeida, 2015). É reconhecida como um grave problema de saúde pública, pelo aumento da sua incidência e prevalência, como também pelos elevados números de mortalidade e morbilidade que origina.

Existem quatro tipos clínicos de diabetes etiologicamente distintos, entre os quais: Diabetes Tipo 1 (geralmente leva à deficiência absoluta de insulina, incluindo diabetes autoimune latente da idade adulta); Diabetes Tipo 2 (perda progressiva da secreção adequada de insulina das células β frequentemente no contexto da resistência à insulina); Diabetes Gestacional (diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez que não era claramente diabetes evidente antes da gestação); e Tipos Específicos de Diabetes Devido a Outras Causas (síndromes de diabetes monogênicas, doenças do pâncreas exócrino e diabetes induzido por terapêutica, como o uso de glucocorticoides) (American Diabetes Association [ADA], 2021).

Os pilares basilares em que assenta o controlo da diabetes são a adoção de um estilo de vida saudável, através da prática de uma alimentação saudável e de exercício físico regular, associados à prescrição e adesão da toma da medicação, nomeadamente, antidiabéticos orais (ADO) e/ou insulina (ADA, 2021; Cradock, ÓLaighin & Finucane, 2017; Oba, Barry, Gordon & Chutipanyaporn, 2020).

A terapia nutricional é recomendada à pessoa com diabetes como um componente efetivo no seu plano de tratamento. A realização de um regime alimentar adequado é fundamental, sendo aconselhado o seguimento por uma equipa multidisciplinar. No que diz respeito à orientação alimentar, deve-se ter sempre em conta as recomendações gerais, no entanto, é necessária a orientação caso a caso, atendendo às especificidades de cada indivíduo (IDF, 2017). A pessoa com diabetes deve ser orientada a fazer uma dieta equilibrada, polifracionada, com baixa ingestão de hidratos de carbono de absorção rápida, gorduras saturadas e sal, estimulando o consumo de fibras. As pessoas com excesso de peso devem ser orientadas no sentido da perda de peso, pois está provado que esta perda diminui a insulinoresistência (ADA, 2021; IDF, 2017). Os principais objetivos da orientação alimentar são: a manutenção da glicémia em valores o mais próximo do normal quanto possível, atingir e manter um perfil lipídico que reduza o risco de doença cardiovascular, reduzir o risco e a frequência das complicações crónicas e manter a tensão arterial dentro dos parâmetros normais (ADA, 2021; IDF, 2017).

A prática de exercício físico regular, para além de ser uma das medidas preventivas do desenvolvimento da DM tipo 2, tem também um papel preponderante na própria

terapêutica da diabetes, contribuindo para o melhor controlo metabólico. Esta tem efeitos benéficos a longo e médio prazo: diminui a glicémia durante e após o exercício físico, facilita a perda de peso, melhora a condição física, aumenta a massa muscular, melhora o perfil lipídico, aumenta a sensibilidade à insulina, diminui os valores de tensão arterial, tem benefícios psicossociais e melhora a qualidade de vida (IDF, 2017).

Em algumas situações, nomeadamente numa fase inicial da DM tipo 2, a realização de uma alimentação saudável e equilibrada e o exercício físico regular, pode ser o suficiente para manter a doença controlada, no entanto, quando não está controlada, ou noutros tipos de DM, torna-se necessário o tratamento com antidiabéticos orais (ADO) ou, em alguns casos, o tratamento com insulina.

A insulina pode melhorar o bem-estar e o controlo metabólico quando a progressão natural da doença levou à perda desse controlo, contudo, o momento em que a pessoa com diabetes deve iniciar insulina é uma das decisões mais importantes e difíceis de tomar no tratamento destes doentes. Os resultados de alguns estudos comprovam que, por um lado existe algum grau de resistência por parte dos médicos em iniciar a terapêutica com insulina e, por outro, o adiamento também se fica a dever ao facto de existir preocupação pela dificuldade de adesão da pessoa com diabetes ao tratamento (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo [SPEDM], 2011).

As políticas de saúde colocam, cada vez mais, a responsabilização, envolvimento e perícia nos cidadãos (e famílias e/ou cuidadores informais) para serem autónomos nas atividades de vida diária e na busca de comportamentos salutareos que vão ao encontro dos esquemas terapêuticos definidos com a colaboração dos profissionais de saúde, a fim de serem capazes de gerir, de forma eficaz, os processos de saúde e doença (Petronilho, 2012).

O autocuidado deve, assim, ser compreendido à luz do referencial teórico de Orem (2001), segundo este autor o autocuidado é uma atividade aprendida pelas pessoas, um comportamento, com direção a um objetivo. Queirós, Vidinha & Filho (2014), acrescentam que *“o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar”* (p. 159). A capacidade para a realização do autocuidado está relacionada com fatores como a cultura, experiências de vida, doenças, família, idade, crenças, sexo e escolaridade.

Orem, identificou nos sistemas de enfermagem, três tipos de prática: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e apoio-educativo (Orem, 2001). Estes três sistemas variam consoante a necessidade de o enfermeiro substituir a pessoa totalmente no autocuidado, parcialmente, realizando apenas aquilo que a pessoa não é capaz ou haja apenas a necessidade do enfermeiro ensinar e supervisionar as ações ao nível do autocuidado. Desta forma, é importante que o profissional de saúde perceba quais as atividades do autocuidado que estão comprometidas de forma a incidir as suas intervenções nessas áreas, através da escuta

ativa, adaptando e englobando a pessoa como um ser individual, para que esta se sinta motivada a desenvolver o autocuidado. Sabemos assim que, *“a existência de um deficit de autocuidado é a condição que legitima a necessidade de cuidados de enfermagem”* (Solar, Reguera, Gómez & Borges, 2014, p.841). Assim, a finalidade da intervenção dos enfermeiros é cuidar da pessoa e promover o autocuidado naquilo que o indivíduo não tem capacidade para realizar por si só. Esta teoria também prevê que a família deve ser alvo da intervenção de enfermagem, sempre que necessário, de forma a adquirir capacidades para cuidar do indivíduo (Orem, 2001).

A DM é assim, uma das patologias mais exigentes para os profissionais de saúde, que envolve alteração dos estilos de vida, múltiplas tomadas de decisão com escolhas, riscos e consequências, o que constitui um desafio que apenas pode ser superado com o envolvimento pleno das pessoas com esta patologia, a sua família e os profissionais de saúde (SPEDM, 2011). Na pessoa com diabetes, a prática do autocuidado é essencial no seu tratamento. Este implica que o indivíduo se encontre capacitado para vigiar e responder de forma ativa aos fatores ambientais e fisiológicos e que se encontre apto para efetuar os ajustes necessários, com o objetivo de manter um bom controlo metabólico e evitar o aparecimento de complicações (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004).

A autovigilância, autocontrolo e autogestão eficaz da DM são de extrema importância para a manutenção da saúde e da qualidade de vida e, para a sua aprendizagem e treino, em muito contribui o papel dos profissionais de saúde, enquanto educadores, cujo papel é orientar e educar a pessoa com DM e sua família a descobrir o plano terapêutico mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo (Chan, Lim & Luk, 2019; Chaowalaksakun, Nantachaipan & Kunawiktikul, 2016; Young, 2019).

Considera-se que plano terapêutico na diabetes é complexo e exige esforço por parte da pessoa com DM e/ou família, pelo que se preconiza a existência de um trabalho individualizado entre o indivíduo e os profissionais de saúde, com o objetivo de conseguir integrar a vivência desta patologia no quotidiano diário de forma a manter um controlo metabólico adequado, por forma a adiar ou evitar o surgimento de complicações.

A ART apresenta uma enorme importância na saúde dos indivíduos, sobretudo quando se encontra comprometida, pelo que esta tem obtido a atenção da comunidade científica, especialmente por aqueles que sentem de perto a problemática da não adesão, como é o caso dos enfermeiros. De acordo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2015), a adesão traduz-se na

ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (p.33).

O reforço do poder e da responsabilidade da pessoa em contribuir para a melhoria do seu estado de saúde, faz-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento, que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pró-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação e participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia (Ministério da Saúde, 2012). A ART é assim, o reflexo de uma comunicação eficaz e de uma relação que é construída sobre o respeito, a participação ativa e a parceria entre a pessoa com diabetes e o profissional de saúde (Chan et al. 2019; Chaowalaksakun et al., 2016; Falvo, 2011; Young, 2019).

A existência de uma multiplicidade de comportamentos envolvidos na ART faz com que a sua avaliação seja uma tarefa complexa. Para avaliar/quantificar a ART podem ser utilizadas medidas diretas ou indiretas. As medidas diretas têm como objetivo confirmar a realização do autocuidado terapêutico, e incluem: a observação direta, a avaliação das concentrações séricas – doseamento de marcadores bioquímicos, como a hemoglobina glicada (HbA1c). As medidas indiretas são medidas subjetivas que requerem a colaboração da pessoa com diabetes e/ou familiares, estas incluem: o relatório/autorrelato da pessoa com diabetes, que consiste em questionar se tomou a medicação prevista e se realizou as atividades de autocuidado que foram recomendadas. A escolha da melhor estratégia para avaliar a ART consiste numa triangulação de métodos que combinem medidas diretas e indiretas, sendo que é importante ter em conta a condição da pessoa e a validade e especificidade do instrumento de medida que se vai utilizar (Dias, Cunha & Santos, 2011).

A pessoa com diabetes passa a ter um papel mais ativo no seu plano terapêutico. Plano este, individualizado, contínuo e adequado às reais necessidades de cada indivíduo, promovendo a capacitação para o autocuidado, para a tomada de decisão consciente e para a habilitação de conhecimentos permitam uma gestão desta patologia da forma mais independente possível. É essencial focalizar a atenção na melhoria de acesso a programas de educação sobre a DM, e implementar estratégias de encaminhamento que visam pacientes com baixa estabilidade glicémica (James, 2020; Marinho, Fontbonne & Barbosa, 2017).

Compreender o nível de conhecimentos dos participantes sobre a diabetes e a sua motivação para o tratamento pode ser um ponto de partida para encontrar estratégias facilitadoras da ART e dessa forma otimizar parâmetros bioquímicos, como os valores de HbA1c (indicador de grande utilidade clínica, refletindo a glicemia média estimada dos últimos 120 dias), o efeito do regime terapêutico (tríade regime medicamentoso, regime alimentar, regime exercício físico) e a qualidade de vida (Dias et al., 2011; Direção Geral de Saúde [DGS], 2011).

Foi igualmente determinante procurar compreender o que existe na evidência científica sobre a ART na pessoa com diabetes e a implementação de PMQC neste âmbito. Tendo sido realizada uma revisão *scoping* com o objetivo de identificar, sintetizar e

examinar a evidência científica acerca da ART da pessoa com diabetes no âmbito de um PMCQ (APÊNDICE 1).

No âmbito desta revisão, foram analisados um total de 21 estudos, tendo sido possível perceber que os PMCQ integrados em ambiente de prática clínica são considerados métodos relevantes para aumentar os ganhos em saúde da pessoa com DM. Desenvolver cuidados de saúde em rede e na equipa, permite motivar as mudanças no estilo de vida da pessoa com DM e diminuir a fragmentação e a duplicação de cuidados entre os diversos profissionais de saúde. Aliada a esta fundamentação, a educação e o suporte para o autocuidado da DM no momento do diagnóstico, e a atualização constante da educação para a saúde em DM são consideradas intervenções essenciais para a ART e, consequentemente atingir as metas glicémicas e conviver com o dia a dia da doença (Horta, Quaresma & Lucas, 2022).

Em termos práticos, verificou-se que a educação para a saúde, intervenção desenvolvida essencialmente pelos enfermeiros, deve ser baseada na: autogestão da terapêutica medicamentosa, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico regular, gestão dos níveis de stresse e iniciação e a titulação de insulina. E igualmente devem ser desenvolvidas estratégias como o aconselhamento por telefone/*follow-up*, a educação em grupo ou individualizada, a avaliação de enfermagem, o apoio aos familiares e/ou cuidadores informais e o encaminhamento para outras especialidades médicas (Horta et al., 2022).

Foi assim possível verificar a existência de inúmeras vantagens relacionadas com o desenvolvimento de um PMCQ, sendo notório os contributos para a sustentação, pertinência e benefícios da sua implementação, desencadeado pela intervenção dos enfermeiros no cuidado prestado à pessoa com diabetes.

PARTE II – TRABALHO EMPIRICO

Na segunda parte, referente ao projeto, serão abordadas as questões metodológicas que nortearam a elaboração deste trabalho. Será feita referência ao planeamento do projeto, execução do projeto, análise de resultados e reavaliação e partilha de resultados. Posteriormente serão abordados os procedimentos éticos, a apresentação de resultados e as considerações finais.

1. METODOLOGIA

Inserindo-se este projeto no âmbito de um processo de melhoria contínua da qualidade, optou-se pelo recurso ao ciclo PDCA. A escolha desta ferramenta deveu-se ao facto de, para além de ser sugerida pela OE, descrita no “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, é também frequentemente aplicada a contextos de saúde e uma solução sistematizada para a solução de problemas previamente identificados (Moen et al., 2010; OE, 2013).

Devido à complexidade das organizações de saúde, é perentória a aplicação de uma ferramenta facilitadora e sistemática para a resolução de problemas identificados, contemplando a melhoria contínua dos processos. O ciclo PDCA contempla a avaliação constante do sistema, com o intuito de identificar pontos de melhoria dos processos e tarefas, para a resolução de problemas de melhoria e de resultados. Implica testar sistematicamente as soluções possíveis, avaliar os resultados e implementar as soluções que demonstraram maior eficácia (Deming, 1989; Moen et al., 2010).

Segundo Gorenflo et al. (2012) este ciclo consiste num modelo composto por quatro fases repetitivas (ciclo), estabelecidas em ordem sequencial, onde o objetivo consiste em solucionar o problema identificado, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos processos de uma organização. Estas quatro fases merecem um desdobramento para que cada uma seja esquematizada e valorizada na sua importância em todo o ciclo:

- **Plan (planear)**, identificar e analisar o problema; identificar a causa raiz do problema; estabelecer objetivos; desenvolver propostas de solução do problema; e estabelecer um plano de melhoria;
- **Do (executar)**, executar o plano de melhoria de acordo com o cronograma estabelecido; e registar os resultados, observações e eventos inesperados;
- **Check (verificar)**, analisar os resultados obtidos na etapa anterior; analisar o “antes e depois” da implementação do plano de melhoria; verificar o cumprimento dos objetivos; avançar para a próxima etapa caso o plano de melhoria cumpra os objetivos, em caso contrário, rever as etapas anteriores;
- **Act (atuar)**, padronizar as ações que levaram ao cumprimento dos objetivos, garantindo a sua manutenção no tempo; registar o conhecimento obtido

durante todas as etapas de implementação; se as ações tiverem cumprindo os objetivos, definir novos objetivos e recomeçar o ciclo; iniciar novo ciclo se as ações implementadas não cumpriram as melhorias esperadas.

É assim necessário percorrer um caminho estruturado, no qual se inicia com um planeamento fundamentado e global, uma atuação no terreno para testar e implementar o plano traçado, uma análise dos dados recolhidos e confrontação com o plano previamente elaborado e uma decisão de atuação perante as conclusões retiradas, promovendo a melhoria contínua da qualidade.

Através desta metodologia e seguindo as suas quatro fases, considera-se que práticas sucessivas e constantes percorrendo um caminho estruturado de acordo com um planeamento fundamentado, progridem no sentido da melhoria sistemática de procedimentos, evidenciando e sustentando os processos de melhoria contínua (Moen et al., 2010).

Neste contexto, e devido à complexidade da concretização deste projeto optou-se seu planeamento distribuído por duas fases, delimitadas por dois períodos de tempo distintos:

- **1ª Fase do projeto (de Outubro 2021 a Dezembro 2022)**
 - Planeados objetivos relacionados com o investimento na estrutura da consulta, formação em serviço e formação diferenciada aos profissionais de saúde, desenvolvimento de ferramentas de suporte para a pessoa com diabetes/família e a identificação de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem e consequente desenvolvimento de estratégias, após a monitorização efetuada através de três auditorias;
 - Decorrentes destas auditorias temos a operacionalização das medidas corretivas resultantes da monitorização dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem e que irão ser desenvolvidas na fase *Act* (Atuar) do ciclo PDCA, no âmbito do projeto de melhoria.
- **2ª Fase do projeto (de Janeiro de 2023 a Junho 2023)**
 - Intervir ao nível do internamento da pessoa com Diabetes, melhorando a referência para a consulta da diabetes;
 - Continuar o desenvolvimento de melhoria do sistema de informação, em enfermagem para a avaliação do conhecimento da adesão ao regime terapêutico na diabetes.

1.1 Planeamento do Projeto

Tendo sido já referido, reforça-se a importância do planeamento de um projeto de melhoria continua da qualidade sustentado pelo ciclo PDCA, desenvolve-se em quatro fases distintas, sendo a sua primeira fase – **Plan** (planear), é impreterível iniciar esta metodologia pelo planeamento, avaliando a situação atual e promovendo a investigação do que se pretende mudar e otimizar. Tornando-se assim, inevitável compreender totalmente a origem e conteúdo do problema que necessita de resolução, esquematizando todas as possíveis soluções, testando e procurando a melhor decisão (Gorenflo et al., 2012).

Segundo a OE (2013), esta fase integra quatro dimensões (ANEXO 1):

- Identificar e descrever o problema;
- Perceber o problema e dimensioná-lo;
- Formular objetivos;
- Perceber as causas.

Identificar e descrever o problema

Tendo em conta os conteúdos referenciados no Enquadramento Teórico deste projeto, e reconhecendo a DM como um grave problema de saúde pública tanto pelo aumento da sua incidência e prevalência, como também pelos elevados números de mortalidade e morbilidade que origina, tornou-se pertinente o desenvolvimento de um PMQC na Consulta Externa da Unidade de Endocrinologia de um Hospital Privado da área metropolitana de Lisboa.

De acordo com a pesquisa científica realizada, as propostas de melhoria devem ser orientadas por atividades focadas na diferenciação dos enfermeiros, nomeadamente no que concerne à efetividade da transmissão de conhecimento para a pessoa com diabetes/família, na sedimentação desse conhecimento com instrumentos educativos de acordo com as orientações vigentes, na articulação com a equipa multidisciplinar e/ou outras especialidades e na dinamização do processo de enfermagem permitindo a extração efetiva de dados e dos resultados da ART (Horta et al., 2022). Desta forma, acreditamos que promover a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes neste sentido impulsiona a ART da pessoa com DM/família.

Contudo, este projeto não emergiu apenas de uma sustentação científica, surgiu também da necessidade identificada pela equipa em dinamizar a CEPD já realizada no serviço, através da implementação de propostas de melhoria para que os ganhos em saúde para o cliente sejam potenciados ao seu expoente máximo. E, ao mesmo tempo, a possibilidade de extração resultados da efetividade dos cuidados de enfermagem no que respeita à adesão do regime terapêutico, através da identificação, análise e monitorização de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Existiu também, uma motivação pessoal enquanto gestora de projeto para o seu desenvolvimento e por parte da equipa de enfermagem uma grande receptividade em melhorar as práticas implementadas nesta consulta.

Perceber o problema e dimensioná-lo

Com a finalidade de compreender o problema à luz da evidência científica existente, procedeu-se à análise criteriosa da sua revisão. Esta revisão permitiu a aquisição de conhecimento nesta área tendo em vista a conceção de um planeamento fundamentado.

A educação e o suporte para o autocuidado da DM no momento do diagnóstico, e a atualização do conhecimento, através da educação em DM são consideradas intervenções fulcrais para a ART e, conseqüentemente, atingir as metas glicémicas e conviver com as vivências relacionadas com o dia a dia da doença (James, 2020; Wan, Fung & Jiao, 2018; Zhu, Dwyer & Ouyang, 2021). Nesta sequência, o controle precoce é um dos fatores mais importantes para a gestão dos fatores de risco, prevenindo o desenvolvimento de complicações associadas à DM (Wan et al., 2018). Os resultados da implementação deste tipo de projetos incluem a melhoria dos níveis de HbA1C (Andrich & Foronda, 2020; Ginzburg et al., 2018; Holtrop, Luo & Piatt, 2017; Lim, Lau & Kong, 2018; Oba et al., 2020; Wan, et al., 2018) e dos níveis de colesterol (Ginzburg et al., 2018; Webba & Rheeder, 2017), da redução da incidência da doença cardiovascular (Ginzburg et al., 2018; Wan et al., 2018; Webba et al., 2017) e das complicações microvasculares (Wan et al., 2018), da redução das taxas de reinternamento (Lim et al., 2018; Oba et al., 2020; Wan et al., 2018) e da diminuição das taxas de mortalidade (Wan et al., 2018).

Para a execução de um PMQC nesta área são considerados como elementos essenciais: o apoio da liderança de enfermagem e médica; o envolvimento dos profissionais que irão ajudar na sua concretização; a promoção do apoio da equipa multidisciplinar; o *feedback* da equipa e à equipa; o envolvimento da mesma na sua formação; a garantia da consistência de todos os materiais desenvolvidos; e a adaptação das estratégias desenvolvidas (Higgins, Atkins & James, 2020; Oba et al., 2020). De salientar ainda que, nos PMQC, o enfermeiro é percecionado como um elemento dinamizador entre a equipa multidisciplinar (Ginzburg et al., 2018; Oba et al., 2020).

No que diz respeito à intervenção de enfermagem, é determinante o estabelecimento de um plano individual após uma avaliação estruturada, alicerçado em objetivos específicos para a pessoa com DM, promovendo a responsabilização pelo seu autocuidado (Chan et al., 2019; Chaowalaksakun et al., 2016; Young, 2019). Este plano individual deve corroborar uma abordagem holística da pessoa com DM, tendo em conta não só, a abordagem médica da doença, como também os recursos financeiros, o ambiente social, a literacia, as ideias culturais e as suas preferências (Nelson, Park & Gates, 2018).

A educação para a saúde deve ser baseada dentro das temáticas: da autogestão da terapêutica medicamentosa, dos hábitos alimentares saudáveis, da prática de

exercício físico regular e da gestão dos níveis de stresse (Cradock et al., 2017; Chaowalaksakun et al., 2016; Oba et al., 2020; Wan et al., 2018; Young, 2019). Devem ainda ser abordados temas como a iniciação e a titulação de insulina, e desenvolvidas estratégias como o aconselhamento por telefone/*follow-up*, a educação em grupo ou individualizada, a avaliação de enfermagem e o apoio aos familiares e/ou cuidadores informais, e o encaminhamento para outras especialidades médicas (Andrich et al., 2020; Chan et al., 2019; Chaowalaksakun et al., 2016; Fallas, Pereira & Padilla, 2020).

Tendo em conta os aspetos referidos, e após análise das práticas realizadas até à data na consulta de enfermagem à pessoa com DM, verificaram-se oportunidades de melhoria específicas em determinados domínios, entre os quais:

- A necessidade de estabelecer um plano formativo e um processo de integração da equipa de enfermagem consistente em articulação com a restante equipa multidisciplinar;
- A construção de instrumentos educativos, por sua inexistência, nomeadamente folhetos, que possam ser facultados à pessoa com DM/família, com a finalidade de sedimentar os conhecimentos transmitidos na consulta e o posterior esclarecimento de eventuais dúvidas que possam surgir;
- Melhoria da barreira de comunicação da pessoa com DM/família e a equipa de enfermagem após a consulta, não existindo, por exemplo, um e-mail ou um contacto específico para esclarecimento de dúvidas;
- Melhorar o *follow-up*, por o mesmo estar sem critérios regulares definidos para a sua realização;
- Facilitar a referenciação da pessoa com DM, por a mesma ser escassa, para a consulta. Referenciação esta que poderá ser proveniente do serviço de internamento, serviço de urgência e/ou outras especialidades. Nomeadamente em clientes com diagnóstico de DM recente, valores de glicemia e/ou HbA1c alterados e início de terapêutica injetável recente;
- Articulação diminuta da consulta com outras especialidades relevantes para o tratamento das complicações da DM, por a mesma ser diminuta, como por exemplo a nutrição, a podologia, a cardiologia, a cirurgia vascular, entre outras;
- Melhorar a documentação em enfermagem, dado os registos de enfermagem, serem realizados em texto livre, impossibilitando o estabelecimento de uma métrica quanto à efetividade da consulta e à evolução do estado do doente, sustentado na elaboração de um plano de cuidados individualizado.

Na Unidade de Endocrinologia, no contexto da consulta externa, semanalmente são agendadas cerca de 20 a 30 CEPD prévias à Consulta Médica de Diabetes. E, quando sinalizado pela equipa médica ou pela equipa de enfermagem, Consultas de *Follow-Up* telefónicas e/ou presenciais.

A equipa de enfermagem é constituída por 6 enfermeiros, que trabalham em regime de turnos rotativos das 8h00 às 21h00. O serviço onde o projeto irá ser implementado é constituído também por outras valências, tais como as especialidades de: Cirurgia Vascular, Medicina Interna, Imunoalergologia e Otorrinolaringologia, permitindo que os enfermeiros desta equipa desenvolvam conhecimentos não só na área da DM, como também nestas áreas em específico. Esta multiplicidade de áreas de intervenção e o facto de os enfermeiros desenvolverem um trabalho notório quanto ao tratamento de feridas complexas, na especialidade de Cirurgia Vascular, permite aos enfermeiros desenvolverem diariamente conhecimentos na área do pé diabético.

A elaboração deste projeto teve em consideração os enunciados descritivos da OE (2012) estando esta temática enquadrada nos enunciados descritivos relacionados com a prevenção de complicações, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar as suas consequências e/ou minimizar os efeitos indesejáveis; a readaptação funcional, na procura permanente da excelência no exercício profissional, onde o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação aos problemas de saúde; e a organização de cuidados de enfermagem, onde o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

Por sua vez a abordagem desta temática encontra-se também relacionada com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor uma vez que este deve, de acordo com o DR (2019), contribuir para o processo de desenvolvimento da Governação Clínica, nomeadamente, deve operacionalizar o processo de melhoria contínua da qualidade estando focado em processos de trabalho e auditorias.

Objetivos do projeto

Neste contexto de intervenção ao nível da prática clínica e tendo em conta a área problemática identificada, foi fundamental traçar as **principais linhas orientadoras do projeto** (OE, 2013). Deste modo, pretende-se:

- Promover a qualidade de continuidade de cuidados, na área da DM, de clientes em idade adulta com DM, no que respeita à gestão do regime terapêutico;
- Desenvolver, em contexto multidisciplinar, um conjunto de estratégias adaptativas/*coping* para aumentar a adesão ao regime terapêutico;
- Promover a confiança e satisfação dos clientes com DM quanto à gestão do regime terapêutico.

Após a análise, no âmbito deste planeamento e tendo por bases as linhas orientadoras anteriormente definidas, a equipa definiu como finalidade do projeto: desenvolver um PMQC, promovendo a ART da pessoa com DM, em idade adulta, na Consulta de Enfermagem da Unidade de Endocrinologia de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

O objetivo geral do projeto é promover a ART da pessoa em idade adulta com diabetes, na Consulta de Enfermagem da Unidade de Endocrinologia de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

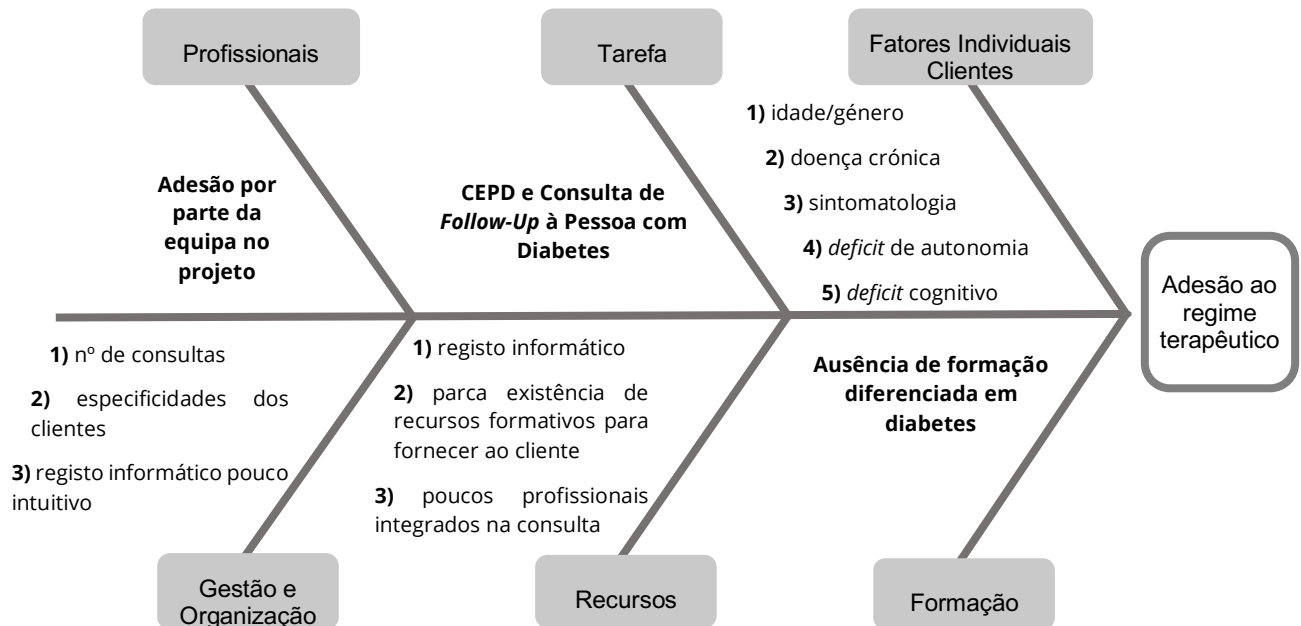
Após a definição do objetivo geral foram assim definidos como objetivos específicos da 1ª fase do projeto:

- Identificar indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a ART à pessoa com DM em idade adulta;
- Identificar as necessidades de formação em serviço da equipa multidisciplinar no contexto deste projeto;
- Identificar e desenvolver instrumentos/ferramentas de suporte facilitadores, da ART da pessoa com DM em idade adulta;
- Desenvolver o conhecimento da pessoa com DM para a gestão do seu regime terapêutico;
- Desenvolver a capacidade da pessoa com DM para a gestão do seu regime terapêutico.

Perceber as causas

Com a finalidade de tornar o projeto o mais específico possível e direcionado ao problema identificado, tornou-se pertinente, além de realizar uma revisão bibliográfica, compreender as causas específicas e implícitas ao local de prestação de cuidados onde o problema foi identificado.

Foi fundamental envolver a equipa de enfermagem na identificação do problema, bem como no reconhecimento das causas do mesmo. Estes enfermeiros são os elementos da equipa multidisciplinar que têm mais proximidade com as causas locais e com a sua contextualização, fornecendo dados significativos para o desenvolvimento do projeto. Foi assim realizado um debate com os diferentes membros da equipa de enfermagem, complementado posteriormente com informações provenientes da equipa médica, utilizado como estratégia de análise e compreensão do problema o Diagrama de *Ishikawa* (Causa-Efeito).

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa (Causa-Efeito)

Após esta análise foi consensual a importância da problemática identificada, sendo notório que a intervenção por parte da equipa de enfermagem carece de desenvolvimento nesta área, beneficiando assim, de ganhos em saúde, para a pessoa com DM. Este diagrama permite compreender onde ocorrem as fragilidades que levam à não ART da pessoa com diabetes, dessa forma é possível delinear medidas, sendo que com a implementação deste projeto pretende-se trabalhar todas as dimensões do diagrama: profissionais, tarefa, equipa, fatores individuais dos clientes, gestão e organização, recursos e formação.

Para o estudo da viabilidade do projeto no contexto específico onde foi implementado foi essencial realizar uma matriz *SWOT* através da dinâmica de *brainstorming* com a coordenação de enfermagem. Segundo Turner (2010), esta matriz tem por base uma ferramenta de análise sendo que as siglas significam *Strengths* (Pontos Fortes), *Weaknesses* (Pontos Fracos), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças). Este instrumento é utilizado para a realização do planeamento estratégico e consiste na recolha de dados importantes que caracterizam o ambiente interno (Pontos Fortes e Pontos Fracos) e o ambiente externo (Oportunidades e Ameaças). Esta análise prévia permite preparar opções estratégicas uma vez que é possível identificar previamente alguns dos riscos e problemas a resolver.

Quadro 1 – Análise do ambiente interno e externo - Matriz SWOOT

Interna (Organização)	Strength – S • Equipa de enfermagem jovem com abertura para a implementação de mudanças nas práticas e para participar em novos projetos; • Motivação para a melhoria da prestação de cuidados; • Coordenação de enfermagem dinâmica que incentiva a implementação de novas práticas.	Weaknesses – W • Carga de trabalho elevada com <i>inputs</i> de outras especialidades, na consulta externa; • Número de enfermeiros reduzido e elevada taxa de rotatividade dos mesmos.
Externo (Ambiente)	Opportunities – O • Processo de reacreditação (JCI) do hospital; • Projeto inovador na área da consulta de diabetes.	Threats – T • Demora na autorização para a implementação do PMQC; • Dificuldade de articulação com a Direção de Organização e Sistemas de Informação (DOSI) - dinamização da documentação de enfermagem no processo clínico informatizado.

Através da construção da Matriz *SWOT* foi possível elucidar quais os pontos favoráveis e desfavoráveis à execução do projeto e adequar o planeamento do mesmo de forma a suplantar eventuais fraquezas e ameaças, inferindo o benefício dos pontos fortes e oportunidades. Ou seja, foi possível retirar o máximo partido dos pontos fortes que se baseiam essencialmente nas características dos elementos da equipa de enfermagem e sua coordenação, e também permitiu aproveitar ao máximo as oportunidades, sendo estas muito favoráveis à realização do projeto.

Como ameaças à realização do mesmo antevêm-se constrangimentos, relacionados com a demora na autorização para implementação do projeto e a articulação com a DOSI para a dinamização dos registos de enfermagem no processo clínico informático. E ao nível interno, o ponto fraco antevisto é a carga de trabalho elevada e o facto de a equipa ter que dar resposta a outras especialidades clínicas existentes no serviço, e ainda o número de enfermeiros reduzido e a sua elevada taxa de rotatividade, obrigando a planear medidas de incentivo para a mudança, prevendo ser um grande desafio em todo este processo.

Em suma, intervir nesta área, melhorando e otimizando os cuidados que são prestados pelos profissionais de saúde é uma preocupação reconhecida e sobre a qual se pretende desenvolver um PMQC, com o objetivo supremo capacitar e apoiar a pessoa em idade adulta com DM e sua família/cuidadores informais na promoção da ART.

Após a perceção das causas deste projeto, iniciou-se a preparação do estudo segundo as etapas identificadas por Heather Palmer (OE, 2013) para a avaliação da qualidade (APÊNDICE 2). Nesta fase, identificaram-se os indicadores de qualidade de estrutura, processo e resultado referentes à 1ª fase do projeto:

Quadro 2 - Identificação dos indicadores de qualidade

1ª FASE - PROJETO		
	INDICADOR	FÓRMULA/EVIDÊNCIA
E S T R U T U R A	Norma orientadora da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento - <i>Follow-up</i> à Pessoa com Diabetes (revisão).	Existência de uma norma orientadora na gestão documental (revisão).
	Instrumentos educativos promotores da ART da pessoa com DM/família.	Evidência da existência de instrumentos educativos, nomeadamente folhetos, na gestão documental.
	<i>Check-list</i> de auditoria da documentação de enfermagem.	Existência de uma <i>check-list</i> de auditoria do processo de enfermagem.
	Plano de formação em serviço.	Evidência da existência do plano de formação em serviço.
P R O C E S S O	Percentagem de enfermeiros que participaram na formação em serviço na área da diabetes.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de enfermeiros que frequentaram a formação em serviço}}{n^{\circ} \text{ total de enfermeiros do serviço}} \times 100$
	Percentagem de enfermeiros com formação externa/diferenciada na área da diabetes.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de enfermeiros que frequentaram a formação externa na área da diabetes}}{n^{\circ} \text{ total de enfermeiros do serviço}} \times 100$
	Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Avaliar: Adesão".	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: "Avaliar: Adesão"}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
	Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar: HbA1c".	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar: HbA1c"}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
	Percentagem de clientes com DM com conhecimento sobre a ART ausente.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com conhecimento sobre a ART diminuído}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
	Percentagem de clientes com DM com capacidade para melhorar a ART ausente.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com capacidade para melhorar a ART diminuído}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
R E S U L T A D O	Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8%.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com valores de HbA1c} < 8\%}{n^{\circ} \text{ total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar: HbA1c"}} \times 100$
	Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com valores de HbA1c} \geq 8\%}{n^{\circ} \text{ total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar: HbA1c"}} \times 100$
	Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes que aderem ao regime terapêutico}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
	Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes que aderem ao regime alimentar}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
	Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico de clientes com DM.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes que aderem ao regime prática de exercício físico}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
	Ganhos de adesão ao regime medicamentoso de clientes com DM.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes que aderem ao regime medicamentoso}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com o Diagnóstico de Enfermagem: Adesão}} \times 100$
	Ganhos de conhecimento sobre a ART presente de clientes com DM.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com conhecimento sobre a ART presente}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com conhecimento para melhorar a ART ausente}} \times 100$
	Ganhos de capacidade para melhorar a ART presente de clientes com DM.	$\frac{n^{\circ} \text{ total de clientes com capacidade para melhorar a ART presente}}{n^{\circ} \text{ total de clientes com capacidade para melhorar a ART ausente}} \times 100$

Atividades a desenvolver na 1ª fase do projeto

Por fim serão evidenciadas quais as atividades propostas para a implementação do projeto, a elaboração de um plano de atividades (APÊNDICE 3) é uma das estratégias utilizadas para o planeamento e execução atempada do projeto uma vez que permite sistematizar e sintetizar quais as atividades a desenvolver para a consecução do projeto.

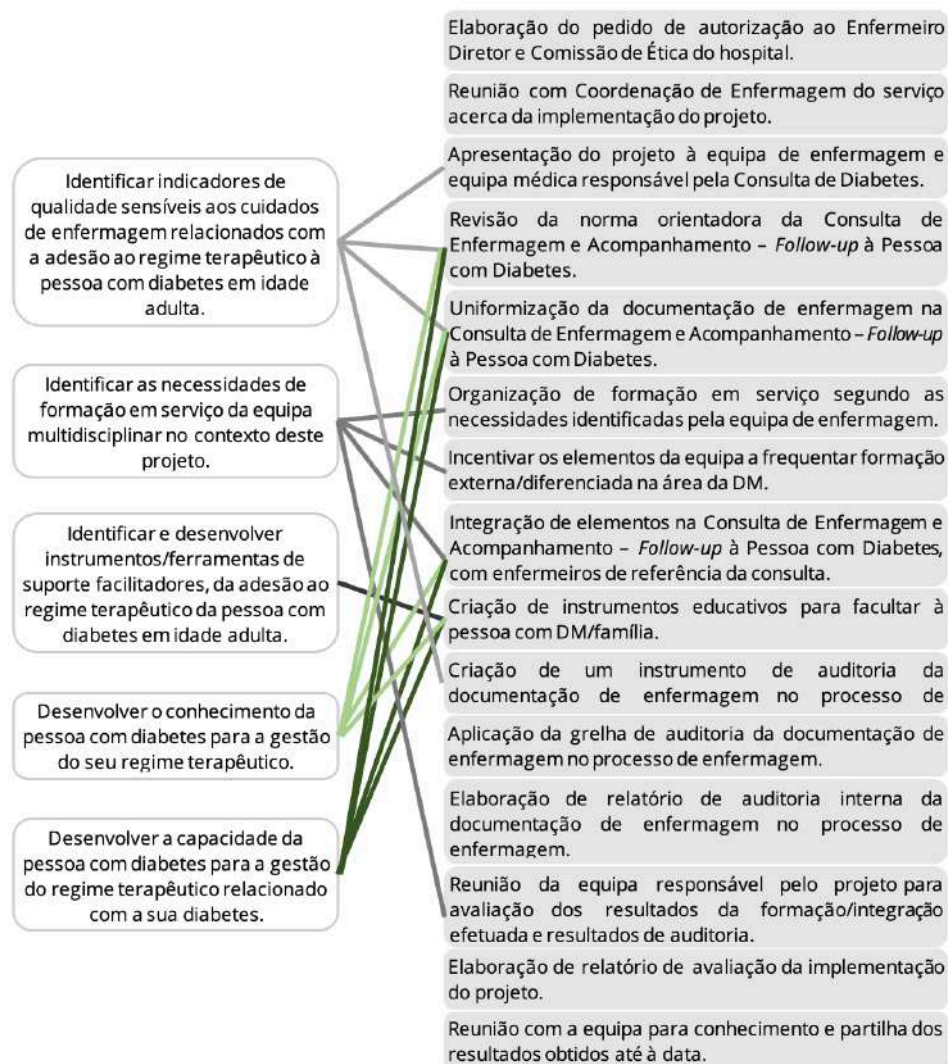
Atividades planeadas – 1ª fase do projeto, tendo por base os objetivos definidos:

- Elaboração do pedido de autorização ao Enfermeiro Diretor e Comissão de Ética;
- Reunião com Coordenação de Enfermagem do serviço acerca da implementação do projeto;
- Apresentação do projeto à equipa de enfermagem e equipa médica responsável pela Consulta de Diabetes;
- Constituição do grupo dinamizador do projeto;
- Revisão da norma orientadora da Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com Diabetes;
- Uniformização da documentação de enfermagem na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes e na Consulta de *Follow-up* à Pessoa com Diabetes;
- Organização de formação em serviço segundo as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem. O planeamento destes momentos formativos encontraram-se distribuídos por duas sessões, cada uma das sessões compreende dois módulos (1 hora para cada módulo). Serão realizadas durante o período normal de trabalho, a sequência de duas formações poderá ser concretizada por duas vezes a fim de que a equipa possa ser dividida em dois grupos, caso não seja possível a sua realização durante uma única vez devido ao volume de trabalho do serviço. Em cada momento formativo será solicitado o preenchimento da folha de presenças, utilizado na instituição. As formações abordarão as seguintes temáticas:
 - Sessão formativa sobre a estrutura da CEPD, temáticas a abordar durante a mesma e documentação de enfermagem (1 hora) – realizada pelo enfermeiro (gestor de projeto) + Sessão formativa sobre a terapêutica oral na diabetes (1 hora) – realizada por endocrinologista;
 - Sessão sobre terapêutica Injetável para a diabetes e insulina (1 hora) – realizada por endocrinologista + Técnica de administração de terapêutica injetável para a diabetes e insulina (1 hora) – realizada pelo enfermeiro (gestor de projeto).
- Incentivar os elementos da equipa a frequentar formação externa/diferenciada na área da DM;
- Integração de elementos na Consulta de Enfermagem e Acompanhamento - *Follow-up* à Pessoa com Diabetes, com enfermeiros de referência da consulta;

- Criação de instrumentos educativos para facultar à pessoa com DM/família;
- Criação de um instrumento de auditoria da documentação de enfermagem no processo de enfermagem;
- Aplicação da *check-list* de auditoria da documentação de enfermagem no processo de enfermagem;Elaboração de relatório de auditoria interna da documentação de enfermagem no processo de enfermagem;
- Reunião da equipa dinamizadora do projeto para avaliação dos resultados da formação/integração efetuada e resultados de auditoria;
- Reunião com a equipa para conhecimento e partilha dos resultados obtidos até à data;
- Elaboração de relatório de avaliação da implementação do projeto.

De seguida foi efetuado o cruzamento entre os objetivos definidos e o planeamento das atividades a realizar para a sua concretização, evidenciando e explicitando as atividades a desenvolver para a operacionalização do projeto, conforme se pode verificar:

Figura 2 - Cruzamento entre os objetivos definidos e o planeamento de atividades



De salientar ainda que o tipo de medidas corretivas a introduzir, definidas através da *check list* da Heather Palmer (APÊNDICE 2), nomeadamente as relacionadas com as medidas educacionais, como seja a formação implementada e a construção dos vários instrumentos educativos, tiveram como grande enfoque a sensibilização e capacitação dos profissionais, clientes e suas famílias que vivenciam uma situação de diabetes. Neste processo a definição de medidas estruturais e comportamentais foram sem dúvida uma mais valia para o desenvolvimento do projeto de melhoria continua da qualidade. A concretização das atividades planeadas e que estão contempladas na fase seguinte de acordo com o ciclo PDCA, ou seja, o **Do** – Executar.

1.2 Execução do Projeto

A fase de execução do projeto no ciclo PDCA é referente à sua segunda fase – **Do** (executar). Nesta fase, a equipa implementa o projeto de acordo com o seu planeamento, em toda a composição e detalhe, através da execução efetiva das atividades e tendo em vista o cumprimento dos objetivos propostos (Gorenflo et al., 2012; Moen et al., 2010).

Neste momento é pressuposta a mudança e o seu acompanhamento minucioso, acompanhamento este, que pode ser realizado através de, por exemplo, reuniões e auditorias, proporcionando assim a transparência dos resultados e o posterior estudo da efetividade das mudanças planeadas/resultados (Gorenflo et al., 2012; Moen et al., 2010).

Os profissionais envolvidos devem assim, comprometer-se na operacionalização das atividades previamente definidas em resposta aos objetivos e aos respetivos indicadores que, através das auditorias efetuadas nos fornecem dados que nos ajudam a monitorizar o desenvolvimento do projeto de melhoria continua. É considerado decisivo o interesse dos profissionais pela mudança, a interpretação critica dos sucessos e insucessos e os momentos de aprendizagem que o processo proporciona (Gorenflo et al., 2012; Moen et al., 2010).

Nesta fase, foi essencial seguir o plano de atividades (APÊNDICE 3) em todo o seu detalhe, contudo, devido à complexidade deste projeto foram realizadas algumas alterações posteriores ao seu planeamento. Estas alterações prenderam-se, não só, com o facto de ter existido um atraso significativo, na resposta da comissão de ética do hospital, como também o contexto de pandemia, estes aspetos fizeram com que as datas de início das atividades, não tivessem acontecido de acordo com a data planeada. Adicionalmente foram identificadas, pela equipa multidisciplinar, necessidades complementares no decorrer da realização das atividades planeadas.

Explanamos assim as atividades que não foram planeadas inicialmente, porém relevantes para a implementação do projeto:

- Criação de *mail-box* constituída por elementos da equipa de enfermagem;
- Reunião com a *Chief Nursing Information Officer* (CNIO);
- Implementação de plataforma de monitorização de glicemia intersticial.

Nesta fase, a equipa multidisciplinar revelou um grande compromisso, relativamente à operacionalização deste projeto, a(o acreditarem que projetos deste carácter exigem grande empenhamento e participação ativa em cada uma das atividades desenvolvidas.

Atividades Programadas e Realizadas

Elaboração do pedido de autorização ao Enfermeiro Diretor e Comissão de Ética

O pedido de autorização para a implementação do projeto foi estruturado segundo um breve enquadramento teórico, seu planeamento e a dimensão temporal para sua operacionalização.

Inicialmente foi realizado o pedido formal ao Enfermeiro Diretor, que, após o seu parecer positivo encaminhou o pedido de autorização para a Comissão de Ética. A resposta ao pedido foi favorável e viabilizou a sua implementação (ANEXO 2).

É importante referir que, devido ao facto de estarmos a vivenciar um período de pandemia (Covid-19), a Comissão de Ética não se reuniu como habitualmente, o que fez com que o tempo de resposta fosse prolongado. Este fator, causou algumas alterações à operacionalização do projeto, nomeadamente no que diz respeito à data de início de algumas atividades.

Atividade Programada	Atividade Realizada
25 Outubro 2021	25 Outubro 2021

Reunião com a Coordenação de Enfermagem do serviço acerca da implementação do projeto

Foi agendada uma reunião com a Enfermeira Coordenadora do Ambulatório II com a finalidade de apresentar o projeto e seu planeamento, tendo sido realizada para este efeito, uma breve apresentação do mesmo (APÊNDICE 4). Após a apresentação, foi obtido o parecer positivo para a sua implementação.

A Enfermeira Coordenadora demonstrou total disponibilidade e colaboração durante todo o processo, o que revelou ser um fator essencial para o sucesso da sua execução. Esta colaboração permitiu considerar os *inputs* provenientes da sua experiência, e no decorrer do projeto, foi essencial a sua articulação com outras equipas indispensáveis para a operacionalização do projeto, como foi o caso da CNIO, da Direção de Organização e Sistemas de Informação (DOSI), da equipa de *marketing*, e da direção de enfermagem.

Nesta reunião foi ainda discutida a importância da criação de um grupo dinamizador do projeto. Devido ao facto de a equipa de enfermagem ser constituída por um número reduzido de enfermeiros (seis), foi aconselhado que este grupo fosse

constituído pelo gestor do projeto e por um elemento de referência da equipa de enfermagem nesta área de intervenção.

Atividade Programada	Atividade Realizada
25 Outubro 2021	25 Outubro 2021

Apresentação do projeto à equipa de enfermagem e equipa médica responsável pela Consulta de Diabetes

Foi realizada a apresentação do projeto à equipa de enfermagem (APÊNDICE 4), esta atividade foi considerada essencial no sentido de garantir a viabilidade da sua operacionalização.

A equipa de enfermagem é constituída por seis enfermeiros e a equipa médica por duas endocrinologistas, a apresentação foi realizada em momentos distintos de forma a contemplar 100% da equipa. A sua concretização em momentos pertinentes para o serviço de forma a captar o interesse dos formandos, tendo sido dada abertura para esclarecimento de dúvidas.

O *feedback* transmitido pelos enfermeiros e médicos incluídos neste projeto foi positivo, e revelador de um excelente envolvimento e compromisso no seio da equipa em melhorar as práticas, no que diz respeito à consulta de enfermagem a esta população de doentes específica, a pessoa com DM.

No âmbito desta apresentação foi solicitado, a um dos enfermeiros de referência da consulta, a sua participação como elemento dinamizador do projeto, tendo obtido o total apoio da sua parte.

Ainda durante neste contexto, e no que respeita à equipa médica, foi pedida a sua colaboração no sentido de contribuírem na realização de formações em serviço nas temáticas que suscitavam dúvidas aos enfermeiros. Após a identificação das necessidades de formação no seio da equipa, os temas sugeridos para as sessões contemplaram os fundamentos teóricos relacionados com a terapêutica oral e injetável na diabetes e técnica de administração de terapêutica injetável para a DM e insulina.

Atividade Programada	Atividade Realizada
14 a 17 Dezembro 2021	27 a 30 Dezembro 2021

Constituição do grupo dinamizador do projeto

A constituição de um grupo dinamizador do projeto revelou-se essencial para a execução do mesmo, uma vez que a mudança das práticas requer a mobilização da equipa sendo essencial ter como vetores para a mudança os elementos de referência.

Como já foi referido, para a constituição deste grupo foi importante discutir com a coordenadora do serviço qual seria melhor estratégia e quais os elementos a mobilizar. Após esta reflexão conjunta foi consensual que, devido ao facto de a equipa ser constituída por um número pequeno de enfermeiros (seis), os constituintes do grupo

deveriam ser, o gestor de projeto e um dos enfermeiros com maior maturidade profissional na área, sendo ambos elementos de referência. Estes são enfermeiros experientes no serviço sendo também elementos dinâmicos com capacidade para influenciar os restantes enfermeiros da equipa com vista à melhoria das práticas instituídas.

O grupo dinamizador colaborou na motivação da equipa quanto ao processo de mudança, na revisão da norma orientadora, na integração de novos elementos nesta área e na elaboração de folhetos de apoio à consulta.

Atividade Programada	Atividade Realizada
14 a 17 Dezembro 2021	27 a 30 Dezembro 2021

Criação de *mail-box* constituída por elementos da equipa de enfermagem

De forma a diminuir a barreira de comunicação entre a equipa de enfermagem e a pessoa com diabetes/família foi criada uma *mail-box*, constituída pelos enfermeiros que realizam consulta à pessoa com DM. Esta via de comunicação permite à pessoa com DM/família entrar em contacto com os enfermeiros sempre que o mesmo considerar pertinente.

Até a data, a única forma de contactar os enfermeiros da consulta era apenas através do *contact-center*. Esta via de comunicação, não sendo uma via direta ao serviço, provocava muitos constrangimentos, demonstrando ser um processo demorado e com muitas etapas desde a chamada até ao contato com o enfermeiro.

A criação da *mail-box* possibilitou o contacto direto com a equipa, existindo sempre uma resposta através de novo contacto por esta via, ou por chamada telefónica para esclarecimento de eventuais dúvidas que possam surgir. Esta atividade manifestou também a disponibilidade da equipa para a pessoa com DM/família e o compromisso na promoção da ART, aumentando o seu grau de satisfação.

Atividade Programada	Atividade Realizada
3 a 7 Janeiro 2022	4 Janeiro 2022

Revisão da norma de funcionamento da Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento - *Follow-up* à Pessoa com Diabetes

Devido à reestruturação das linhas orientadoras da consulta, foi pertinente a revisão da norma de funcionamento com a finalidade de formalizar o projeto em termos institucionais e uniformizar as práticas na Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento - *Follow-up* à Pessoa com Diabetes. Numa fase inicial a norma foi revista. E, no decorrer da operacionalização do projeto, foram realizados pequenos ajustes de forma a ficar em conformidade com as boas práticas nesta área. Este documento ficou disponível na plataforma Gestão Documental (APÊNDICE 5).

A estrutura da consulta, avaliação e vigilância da pessoa com DM e ensinamentos promotores da capacitação da pessoa com DM, seguiram as recomendações nacionais da Direção Geral de Saúde – Programa Nacional para a Diabetes e as recomendações internacionais da *International Diabetes Federation*, *American Diabetes Federation*.

Foi ainda definido nesta norma os critérios para a realização da Consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com Diabetes e suas linhas orientadoras.

Por fim, as diretrizes relacionadas com a sua documentação seguiram as recomendações do “Guia para operacionalização do padrão documental na área de assistência adulto, mulher e criança” presente na plataforma de Gestão Documental do Hospital.

Atividade Programada	Atividade Realizada
1 a 4 de Dezembro 2021	20 a 30 Dezembro 2021

Uniformização dos registos de enfermagem na Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com Diabetes

O propósito desta atividade, prendeu-se essencialmente, com o facto de a documentação da consulta de enfermagem ser concretizada em texto livre. Após alguma reflexão, verificou-se que, devido ao facto de não estar implementada uma linguagem classificada para a documentação de enfermagem tornava-se impossível a extração de uma métrica referente à avaliação da qualidade da consulta e da avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem na pessoa com diabetes. Foi assim perentória, a uniformização da documentação no processo de enfermagem segundo uma linguagem classificada - CIPE® na Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com Diabetes. Esta uniformização realizou-se de acordo com o “Guia para operacionalização do padrão documental na área de assistência adulto, mulher e criança” (Rombo, 2019) com base na terminologia CIPE®.

É importante referir que o gestor de projeto faz parte do grupo de enfermeiros do hospital responsável por esta implementação – Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem (GIPE). E adicionalmente, o elemento dinamizador do projeto foi escolhido estrategicamente como elo de ligação deste grupo de forma a adquirir um conhecimento global nesta área. Desta forma, foi possível concretizar esta atividade de forma consistente e fundamentada, sistematizando assim os registos através de uma linguagem classificada e tendo em conta as necessidades específicas da pessoa com diabetes/família, segundo um plano de cuidados individualizado.

A implementação desta atividade subdividiu-se em dois momentos: numa primeira fase, o gestor e o elemento dinamizador do projeto iniciaram os registos de acordo com o padrão documental, de forma a compreender quais as atividades diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções se adequavam a esta população específica, e no momento posterior foi realizada uma formação sobre o processo de enfermagem, transmitindo o conhecimento nesta área para a restante

equipa de enfermagem, iniciando posteriormente a documentação de enfermagem, desta forma, por toda a equipa, o que ocorreu em Março 2022. Para isso foi importante o trabalho desenvolvido com a CNIO e DOSI no sentido de parametrizar o processo de enfermagem nesta área e para este efeito.

A implementação desta atividade, revelou-se um autêntico desafio para a equipa de enfermagem. Para além de a linguagem classificada – CIPE®, ser uma prática recente na realidade do ambulatório, verificaram-se alguns constrangimentos específicos, relacionadas com o sistema de informação utilizado no ambulatório, entre as quais:

- O facto de o registo realizado pelos enfermeiros nas intervenções de enfermagem não ser visível no processo clínico eletrónico, impossibilitando a continuidade de cuidados para a restante equipa multidisciplinar;
- Inexistência de diagnósticos de enfermagem específicos para este tipo de população (pessoa com diabetes).

De forma a minimizar estes constrangimentos, foi essencial a articulação estreita com o GIPE para esclarecimento de eventuais dúvidas sobre a linguagem classificada e com a CNIO e DOSI, de forma a colmatar os obstáculos do foro informático.

Atividade Programada	Atividade Realizada
1 de Janeiro 2022	1 de Janeiro 2022 até Janeiro 2023

Formação em serviço

O planeamento da formação (APÊNDICE 6) foi estruturado consoante as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem e médica, a formação em serviço foi realizada por um dos elementos da equipa de enfermagem (gestor do projeto) e um dos elementos da equipa médica da especialidade de endocrinologia. Ao todo foram realizadas quatro formações distintas, em dois períodos de tempo, as temáticas abordadas foram as seguintes:

- a) Sessão formativa sobre a documentação de enfermagem no processo de enfermagem da pessoa com DM (1 hora) (APÊNDICE 7) – realizada pelo enfermeiro + Sessão formativa sobre a terapêutica oral na diabetes (1 hora) – realizada por endocrinologista;
- b) Sessão sobre terapêutica injetável para a diabetes e insulina (1 hora) – realizada por endocrinologista + Técnica de administração de terapêutica injetável para a diabetes e insulina (1 hora) (APÊNDICE 8) – realizada pelo enfermeiro.

Os enfermeiros do serviço aderiram às formações planeadas, tendo sido dada abertura para esclarecimentos de dúvidas durante as sessões.

Atividade Programada	Atividade Realizada
a) 3 a 31 Janeiro 2022	a) 21 de Março 2022

b) 3 a 31 Janeiro 2022

b) 4 Abril 2022

Incentivar os elementos da equipa a frequentar formação externa/diferenciada na área da DM

Para além da realização de formação em serviço, foi incentivado aos elementos da equipa de enfermagem frequentar formação externa e diferenciada na área da DM com formadores experientes.

Mais uma vez, a coordenação de enfermagem foi de extrema relevância na concretização desta atividade, facilitando a articulação com a direção de enfermagem, de forma a possibilitar aos enfermeiros usufruírem do direito à bolsa de horas estipulada para este efeito e, nalguns casos, financiamento para a concretização do curso.

Os enfermeiros frequentaram cursos na Associação Protetora dos Diabéticos Portugueses (APDP), segundo o seu nível de conhecimento e experiência na consulta:

- Dois enfermeiros frequentaram o curso “Diabetes – uma abordagem inicial”;
- Dois enfermeiros frequentaram o “Curso Avançado de Diabetes para enfermeiros”.

Na sua globalidade, esta atividade revelou ser enriquecedora para a equipa. Os enfermeiros que tiveram a oportunidade de frequentar este tipo de formações adquiriram mais autonomia clínica ao nível da tomada de decisão face à pessoa com DM, confiança e conhecimento nesta área. Promoveu-se também a partilha do conhecimento adquirido com a restante equipa.

Atividade Programada

6 de Dezembro 2021 até Janeiro 2023

Atividade Realizada

6 de Dezembro 2021 até Janeiro 2023

Integração de elementos na Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento – Follow-up à Pessoa com Diabetes, com enfermeiros de referência da consulta

Após a revisão da norma de funcionamento e da concretização das sessões de formação em serviço foi realizado um período de integração com a equipa de enfermagem, a integração dos enfermeiros ficou à responsabilidade do gestor e enfermeiro dinamizador de projeto – elementos de referência da consulta.

O período de integração teve como objetivos: a aquisição de conhecimentos sobre a estrutura da consulta e suas linhas orientadoras, e a documentação no processo de enfermagem. Após o período de consulta foram esclarecidas eventuais dúvidas e realizado um ponto de situação informal sobre a *performance* do enfermeiro durante a consulta.

A integração decorreu durante um período de dois meses, permitindo a aquisição de conhecimentos relacionados com a prática de enfermagem na consulta. Esta atividade

promoveu a autonomia do enfermeiro e ainda a segurança na transmissão de informação à pessoa com DM/família, tendo em vista a promoção da ART.

Atividade Programada	Atividade Realizada
3 de Janeiro a 25 de Fevereiro de 2022	21 de Março a 13 de Maio de 2022

Criação de instrumentos educativos para facultar à pessoa com DM/família

Uma das necessidades identificadas pela equipa multidisciplinar foi a realização de instrumentos educativos, nomeadamente folhetos, que suportassem as intervenções de enfermagem ao nível do ensino realizado na consulta de enfermagem, de forma a capacitar a pessoa e sua família, que vivenciam uma situação de DM. Esta atividade foi realizada entre a equipa de enfermagem e validada pela equipa médica e coordenação de enfermagem, ficando posteriormente disponível na plataforma Gestão Documental do Hospital, com acesso para toda a unidade.

Folhetos realizados (APÊNDICE 9):

- “O que é a Diabetes?”;
- “Autovigilância da Glicemia”;
- “Hipoglicemia”;
- “Cuidados aos Pés na Diabetes”;
- “Alimentação na Diabetes”;
- “Terapêutica Injetável na Diabetes”.

Foi ainda realizado um “Guia de Controlo da Diabetes” (APÊNDICE 10), em conjunto com a equipa de *marketing* do Hospital, para que seja possível realizar o registo de glicemias de forma documentada e sistematizada.

Este conjunto de instrumentos educativos foram um suporte essencial para promover a ART, tendo sido considerados pela equipa como elementos facilitadores da sedimentação de informação de forma clara e concisa, após a intervenção do enfermeiro na transmissão da informação específica à pessoa com DM.

Atividade Programada	Atividade Realizada
1 a 30 de Dezembro de 2021	1 Dezembro 2021 a 14 Janeiro 2022

Implementação de plataforma de monitorização de glicemia intersticial

Com os avanços da tecnologia utilizada na autovigilância da diabetes, esta atividade tornou-se essencial para a validação dos dados de glicemia transmitidos pelo cliente, não só durante a consulta presencial, como também durante a consulta de acompanhamento – *follow-up* presencial e telefónico.

Devido ao facto de a maior parte dos nossos clientes estarem sob esquemas intensivos de insulina, com necessidade de recurso a autovigilância de glicemia

intersticial, e com consultas frequentes para titulação de insulina, foi relevante a validação destes dados através da plataforma *LibreView*[®].

As pessoas com DM com critérios para a utilização do sensor *Libre*[®], instalam a aplicação *LibreLink*[®] no telemóvel e são incluídas na consulta criada na plataforma *LibreView*[®] para este efeito. Após esta inclusão é permitido aos enfermeiros o acesso aos dados de glicemia intersticial, insulina administrada e notas adicionais escritas pelos utilizadores. O acesso a estes dados em tempo real diminui a margem de erro do registo manual de glicemia e a deturpação de resultados, ao mesmo tempo, garante o valor da Consulta de acompanhamento – follow-up à pessoa com diabetes, facilitando no processo de titulação de insulina, e consequentemente maximizando os objetivos glicémicos.

Para se proceder à utilização da plataforma *LibreView*[®] (ANEXO 3), foi necessário fazer um pedido à Direção de Enfermagem que articulou com a equipa de *Legal*, Comissão de Ética e Segurança Informática. Após a validação destas equipas, a equipa de *Legal* redigiu um consentimento informado, assinado pelos utilizadores, para procedermos ao acesso e tratamento destes dados, o documento assinado é posteriormente integrado no processo clínico eletrónico do cliente.

Atividade Programada	Atividade Realizada
1 a 4 de Março de 2022	1 a 4 de Março de 2022
Criação de um instrumento de auditoria à documentação de enfermagem no processo de enfermagem	

O instrumento de auditoria adotado foi a *check-list* de auditoria (APÊNDICE 10), este instrumento foi elaborado tendo em conta a *check-list* de auditoria realizada à data, para os serviços de internamento do Hospital. A mesma foi adaptada à realidade da consulta e aos critérios definidos na norma de funcionamento da consulta.

Em termos metodológicos a análise dos dados foi descritiva e percentual sendo utilizado como recurso o programa informático *OFFICE / EXCEL*. Os itens avaliados foram classificados de acordo com o valor obtido em: Conforme “Sim”, Não Conforme “Não” e Não Aplicável “NA”.

Os itens avaliados foram os seguintes:

- Verificação da documentação no plano de cuidados, em relação a:
 - Atividades diagnósticas (monitorizar: glicémia capilar – hemoglobina A1c / avaliar: adesão: vigiar: o pé)
 - Diagnósticos de enfermagem (aceitação do estado de saúde / capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde / adesão / capacidade para melhorar a adesão; conhecimento diminuído e demonstrado (em desenvolvimento informático);
 - Plano de cuidados atualizado.

- Verificação da documentação de enfermagem em relação às intervenções de enfermagem:
 - Intervenções adequadas aos diagnósticos de enfermagem;
 - Intervenções adequadas às atividades diagnósticas.
- Verificação da documentação de enfermagem em relação ao plano de trabalho de enfermagem:
 - As intervenções planeadas estão registadas;
 - As intervenções planeadas não executadas, estão justificadas.
- Análise das notas gerais
 - Não existe duplicação de intervenções efetuadas;
 - Há registo de indicação para follow-up de enfermagem.

Posteriormente foi calculada a taxa de conformidade:

- Atribuição de score a cada critério:
 - sim=1;
 - não=0;
 - não aplicável (NA)=0.
- Fórmula de cálculo:
 - Total de respostas “sim” / total de processos auditados x 100;
 - Total de respostas “não” / total de processos auditados x 100;
 - Total de respostas “NA” / total de processos auditados x 100;
 - Taxa de conformidade
 - “Sim” = conforme;
 - “Não” = não conforme.

Após a criação do instrumento de auditoria, foi planeado o início da sua aplicação no início do ano de 2022 (Janeiro).

Atividade Programada	Atividade Realizada
1 a 30 de Dezembro de 2021	3 a 7 de Janeiro 2022

Aplicação da *check-list* de auditoria à documentação de enfermagem no processo de enfermagem

A grelha de auditoria foi aplicada na CEPD, a amostra compreendeu todas as consultas executadas desde o mês de Janeiro de 2022, e a extração de dados foi realizada mensalmente. Nesta primeira fase optou-se por não aplicar a grelha de auditoria na Consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com Diabetes, planeando a auditoria da documentação desta tipologia de consulta para a segunda fase do projeto.

A documentação da consulta segundo linguagem classificada - CIPE® iniciou-se no mês de Janeiro de 2022, esta documentação foi realizada inicialmente pelo gestor e pelo enfermeiro dinamizador do projeto. O objetivo foi validar, não só, a norma de funcionamento da consulta, como também a aplicação da grelha de auditoria.

A auditoria aos processos de enfermagem foi realizada pelo gestor de projeto, desta forma foi possível proceder à extração de dados segundo os itens avaliados na *check-list* de auditoria. Posteriormente foi realizado o relatório de auditoria.

Esta atividade permitiu a utilização de uma métrica na obtenção de uma percentagem de conformidades e não conformidades e inferir após discussão e reflexão na equipa, quais as medidas corretivas a aplicar de modo a diminuir as não conformidades identificadas melhorando a documentação da prática clínica, face à pessoa com diabetes.

Atividade Programada	Atividade Realizada
1 a 4 de Fevereiro 2022	1 a 4 de Fevereiro 2022
1 a 4 de Março de 2022	1 a 4 de Março de 2022
4 a 8 de Abril de 2022	4 a 8 de Abril de 2022
2 a 6 de Maio de 2022	2 a 6 de Maio de 2022
6 a 9 de Junho de 2022	6 a 9 de Junho de 2022
4 a 8 de Julho de 2022	4 a 8 de Julho de 2022

Elaboração de relatório de auditoria interna da documentação de enfermagem no processo de enfermagem

Os relatórios da auditoria interna (APÊNDICE 12) foram realizados de dois em dois meses (bimensal), compreendendo os meses de Janeiro-Fevereiro, Março-Abril e Maio-Junho. Posteriormente os resultados foram discutidos com a equipa de enfermagem e elaborados planos de ação específicos, com intervenções corretivas para colmatar as constatações verificadas sobre esta temática.

As medidas corretivas centraram-se essencialmente com a formação e acompanhamento da equipa de enfermagem durante a consulta e nas dúvidas decorrentes do processo de enfermagem para esta população.

Para além das medidas corretivas relacionadas com a prática clínica da equipa de enfermagem, verificou-se a necessidade de se proceder à articulação com a CNIO e DOSI. Esta articulação foi realizada no decorrer do projeto, assim que se verificaram constrangimentos informáticos relacionados com erros de programação do sistema de informação existente. Este processo tornou-se relevante de forma a podermos planear, no futuro, a integração da monitorização de indicadores de qualidade num *dashboard*, com dados extraídos da documentação realizada pelos enfermeiros da consulta.

Atividade Programada	Atividade Realizada
14 a 25 Março de 2022	14 a 25 Março de 2022
9 a 20 de Maio de 2022	9 a 20 de Maio de 2022
11 a 22 de Julho de 2022	11 a 22 de Julho de 2022

Reunião da equipa responsável pelo projeto para avaliação dos resultados da formação/integração efetuada e resultados de auditoria

Foi realizada reunião (APÊNDICE 13) com o gestor de projeto e o elemento dinamizador de projeto de forma a verificar a eficácia das formações realizadas, a metodologia de integração dos enfermeiros na consulta e a validação da documentação produzida, tendo em conta a documentação dos cuidados de enfermagem prestados, com enfoque no ensino realizado à pessoa com DM e a análise dos resultados das auditorias.

Após a apreciação devida, verificou-se que a formação realizada em serviço permitiu aos enfermeiros adquirir conhecimentos sobre o processo de enfermagem e seu planeamento, e as sessões realizadas pela endocrinologista possibilitaram o esclarecimento de dúvidas quanto aos ensinamentos específicos a realizar de acordo com a medicação prescrita para o tratamento da diabetes. A formação externa configurou uma dinâmica diferenciada à consulta, pois, para além da aquisição do conhecimento teórico sobre a diabetes, permitiu uma visão global e distinta sobre a adesão ao regime terapêutico.

A integração com um elemento de referência e *sénior* durante a consulta, possibilitou a aquisição de confiança e esclarecimento de dúvidas *“on job”*. Foi assim comprovada, a importância de um período de integração consistente e planeado para que no futuro, os novos elementos sem experiência na área beneficiem de um período de integração de pelo menos dois meses.

Quanto à documentação de enfermagem, esta demonstrou ser adequada, contudo verificou-se a inexistência de intervenções específicas para o cliente alvo, conferindo ainda a necessidade de escrever notas de enfermagem em texto livre que complementassem a informação das intervenções planeadas. Foram assim propostas duas intervenções específicas, nomeadamente “Avaliar: conhecimento sobre diabetes” e uma intervenção relacionada com a avaliação dos conhecimentos adquiridos no acompanhamento - *follow-up*, estas intervenções permitem diferenciar o tipo de cuidados prestados na consulta de enfermagem à pessoa com DM e no acompanhamento - *follow-up*, complementando esta documentação e a futura extração de dados. Estas intervenções aguardam autorização do GIPE e da direção de enfermagem.

Atividade Programada	Atividade Realizada
5 de Abril de 2022	5 de Abril de 2022
14 de Junho de 2022	14 de Junho de 2022

Reunião com a *Chief Nursing Information Officer* (CNIO)

De forma a ultrapassar os constrangimentos identificados, através da análise e reflexão dos dados contidos nos relatórios das auditorias realizadas ao processo de enfermagem, após a implementação da documentação segundo linguagem classificada –

CIPE®, foi agendada uma reunião com a CNIO de forma a poder apresentar propostas para aumentar a taxa de conformidades em futuros processos de auditoria, e aproximar o processo de enfermagem a esta população específica.

Foram identificados alguns constrangimentos relacionados com o sistema de informação utilizado no ambulatório, constrangimentos esses relacionados com aspetos de programação, nomeadamente:

- Impossibilidade de justificar uma intervenção de enfermagem previamente planeada, mas que não tinha sido executada durante uma consulta específica;
- Plano de cuidados com intervenções e atividades diagnósticas planeadas por defeito, sem relação com esta consulta;
- Possibilidade de integrar por defeito, no plano de cuidados, atividades diagnósticas relacionadas com esta população como por exemplo, “Avaliar: Adesão”, “Monitorizar: Hemoglobina A1c”, “Monitorizar: Glicémia Capilar”;
- As intervenções registadas não fazem *interface* com o processo clínico eletrónico, impossibilitando a continuidade de cuidados para a restante equipa multidisciplinar.

De salientar, que após a análise do “Guia para operacionalização do padrão documental na área de assistência adulto, mulher e criança” (Rombo, 2019), verificámos que não existe nenhuma intervenção específica relacionada com a diabetes e com o conhecimento sobre a ART na DM, sendo discutido também, nesta reunião, a possibilidade de poder incluir intervenções específicas para esta população de forma a diminuir a documentação em texto livre nas notas gerais.

Após esta reunião, a CNIO registou os constrangimentos relacionados com o sistema de informação, para posteriormente articular com a DOSI e verificar a possibilidade de melhoria. E quando à especificidade das intervenções, foi sugerido fazer uma proposta ao GIPE e à direção de enfermagem. A execução desta proposta foi planeada para a 2ª fase do projeto.

Atividade Programada	Atividade Realizada
11 de Maio de 2022	11 de Maio de 2022
Reunião com toda a equipa para conhecimento e partilha dos resultados obtidos até à data	

Após o término da 1ª fase do projeto foi realizada uma reunião, inicialmente com a coordenação de enfermagem, e posteriormente com toda a equipa para conhecimento dos resultados das atividades implementadas, e conhecimento do relatório de auditoria do processo de enfermagem.

Esta reunião permitiu elucidar sobre os resultados da auditoria e garantir o comprometimento com a equipa sobre a documentação de enfermagem. Tendo em conta que, quanto maior for a taxa de conformidade, a extração de dados *a posteriori* será

eficaz e traduzirá todo o trabalho realizado pelo enfermeiro no sentido de aumentar a ART da pessoa com DM.

Atividade Programada	Atividade Realizada
15 de Junho de 2022	15 de Junho de 2022

Através operacionalização das atividades supramencionadas, e da extração de dados do processo de auditoria e da documentação de enfermagem foi possível obter um conjunto de resultados delineados na fase de planeamento do projeto, estes resultados serão analisados na fase posterior de acordo com o ciclo PDSA, a fase **Check** – verificação de resultados.

1.3 Análise de Resultados

Após a execução das atividades, o grupo dinamizador do projeto avaliou os resultados recolhendo os dados dos atuais processos relativos aos clientes acompanhados em consulta nomeadamente os resultados obtidos através das três auditorias realizadas e com base na monitorização de indicadores de estrutura, processo e resultado. Durante a sua avaliação procedeu-se à comparação dos dados apurados (Gorenflo et al., 2012; Lodgaard et al., 2011; OE, 2013). No ciclo de PDCA esta fase corresponde ao **Check** – verificação/análise de resultados.

Nesta fase é prudente analisar o “antes e depois” da implementação do projeto de melhoria continua da qualidade. E ainda, verificar se os objetivos foram ou não atingidos, esta verificação poderá ser realizada através da monitorização dos indicadores definidos (Gorenflo et al., 2012; Lodgaard et al., 2011; OE, 2013).

Após a análise detalhada dos resultados procede-se à implementação de medidas corretivas, para *standartizar* procedimentos e treinar a equipa envolvida (OE, 2013).

Desta forma, para a avaliação deste projeto procedeu-se à análise de:

- Auditoria interna do processo de enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes;
- Monitorização de indicadores de qualidade de estrutura, processo e resultado.

Auditoria interna – Documentação no Processo de Enfermagem da CEPD

No decorrer do projeto foi realizada auditoria interna à documentação de enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes da Unidade de Endocrinologia.

Esta auditoria teve como objetivos:

- monitorizar o cumprimento da documentação de enfermagem, segundo a linguagem CIPE®, no processo de enfermagem na CEPD de acordo com a norma de funcionamento da consulta;
- melhorar a eficácia da documentação de enfermagem realizada na CEPD.

A metodologia utilizada foi a aplicação de um instrumento de auditoria, nomeadamente a *check-list* de avaliação da documentação gerada no processo de enfermagem (APENDICE 10), elaborada segundo o padrão documental em vigor, e a norma de funcionamento da CEPD.

A amostra escolhida foram todas as consultas realizadas, durante 1º semestre do ano de 2022, a auditoria foi realizada após o término de cada mês, iniciando no mês de Janeiro de 2022. Posteriormente foi realizado um relatório bimensal onde foram analisados os resultados e sugeridas propostas de melhoria.

As constatações tiveram por base a análise dos registos de enfermagem no processo eletrónico de enfermagem, na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes.

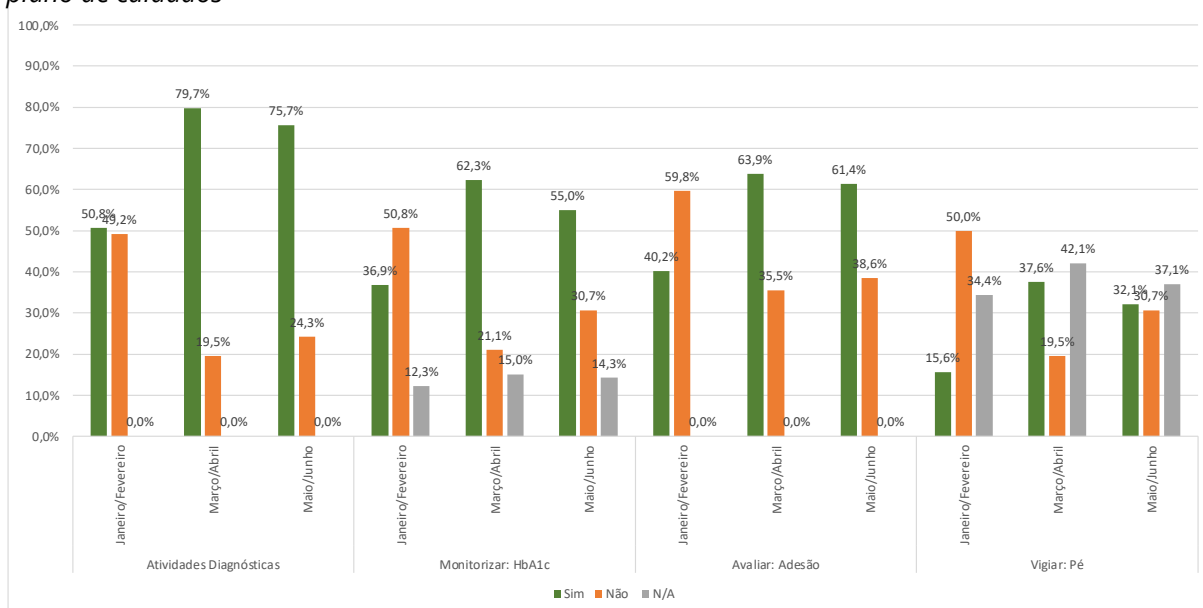
Importa salientar que nos dois primeiros meses (Janeiro/Fevereiro) apenas o gestor de projeto e o elemento dinamizador de projeto realizaram a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE®. Esta decisão advém de num primeiro momento, se achar que seria mais facilitador, por estes dois enfermeiros serem partes integrantes do GIPE e neste âmbito, já terem frequentado a formação sobre o processo de enfermagem e posteriormente, num segundo momento, procedeu-se à formação em serviço sobre este tema alargada a toda a equipa.

A opção de iniciar a auditoria no início do ano, foi, como referido anteriormente, uma forma de validação da norma de funcionamento e do instrumento de auditoria. No mês de Março, foi realizada uma sessão de formação em serviço sobre o processo de enfermagem e apresentada a norma de funcionamento da CEPD revista e a partir desse momento foi dada indicação à restante equipa para iniciar a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE®.

De uma forma geral, os enfermeiros aderiram à documentação de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE®, sendo o plano de cuidados individualizado, verificando-se que, não é possível obter uma taxa de conformidade global de 100%, contudo na maioria dos itens auditados a taxa de conformidade foi superior a 60%.

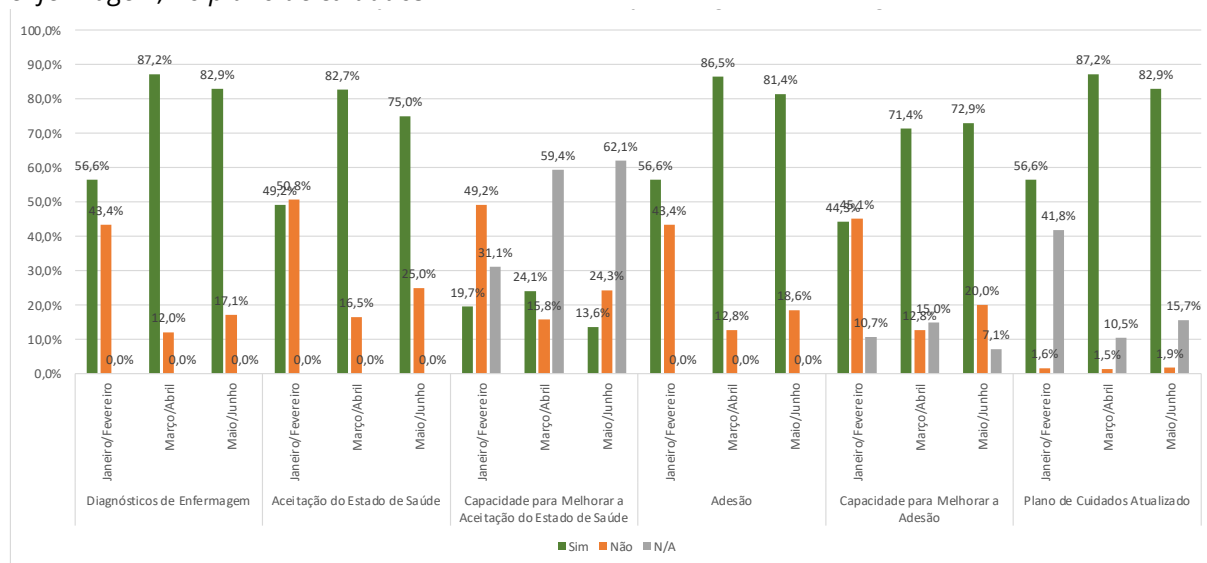
Os resultados da auditoria estão explanados nos seguintes gráficos, referentes aos meses de Janeiro/Fevereiro, Março/Abril e Maio/Junho:

Gráfico 1 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente às atividades diagnósticas, no plano de cuidados



O **Gráfico 1** é referente ao plano de cuidados de cuidados relativamente às atividades diagnósticas documentadas em consulta, após a sua análise verificamos as seguintes constatações:

- “Monitorizar: HbA1c”, documentado quando a pessoa com DM apresenta um valor laboratorial deste dado bioquímico. Regra geral, pessoas com valores de HbA1c superiores a 8% a sua análise é efetuada de três em três meses, no caso de o valor de HbA1c ser inferior a 8% procede-se à sua análise é de seis em seis meses (Janeiro-Fevereiro: 36,9%; Março/Abril: 62,3%; Maio/Junho: 55%);
- “Avaliar: adesão”, obrigatoriedade de documentação em todas as consultas, esta atividade diagnóstica engloba a avaliação da tríade da ART (regime medicamentoso, alimentar e exercício físico), a sua taxa de conformidade inferior ao expectável, pois deveria de estar documentada em todas as consultas realizadas (Janeiro/Fevereiro: 40,2%; Março/Abril: 63,9%; Maio/Junho: 61,4%);
- “Vigiar: o pé”, esta atividade diagnóstica é documentada segundo o grau de risco do pé diabético (baixo risco – exame anual/ médio risco – exame semestral/alto risco – a cada 1 a 3 meses/muito alto risco – em todas as consultas), após avaliação de enfermagem (Janeiro-Fevereiro: 15,6%; Março/Abril: 37,6%; Maio/Junho: 32,1%).

Gráfico 2 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente aos diagnósticos de enfermagem, no plano de cuidados

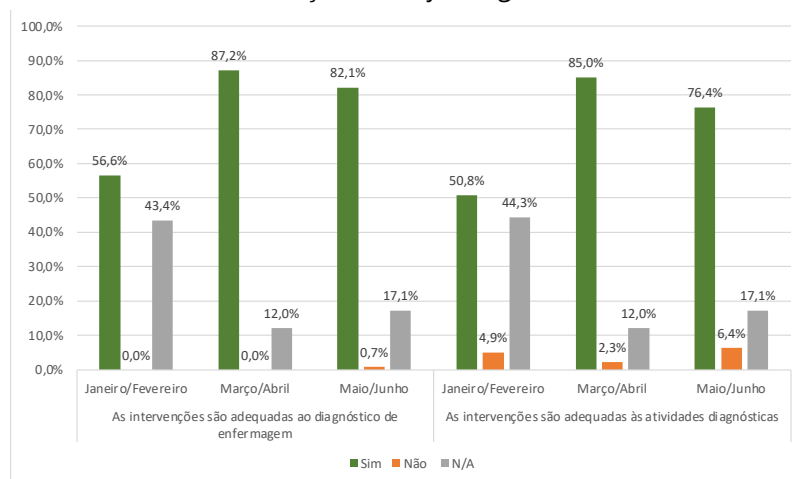
No que diz respeito à verificação do registo do plano de cuidados em relação à documentação de diagnósticos de enfermagem, após analisarmos o **Gráfico 2**, verificamos que:

- Os diagnósticos de enfermagem documentados: “aceitação do estado de saúde” e “adesão”, são documentados de acordo com o juízo realizado pelo enfermeiro e de acordo com as recomendações do “Guia para operacionalização do padrão documental na área de assistência adulto, mulher e criança” e das recomendações nacionais da Direção Geral de Saúde – Programa Nacional para a Diabetes e das recomendações internacionais da *International Diabetes Federation, American Diabetes Federation*. A taxa de conformidade da documentação destes diagnósticos de enfermagem no processo de enfermagem nos meses de Janeiro/Fevereiro: “Aceitação do estado de saúde” – 49,2%, “Adesão” – 56,6%; Março/Abril: “Aceitação do estado de saúde” – 82,7%, “Adesão” – 86,5%; e Maio/Junho: “Aceitação do estado de saúde” – 75%, “Adesão” – 81,4%;
- A “capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde” e a “capacidade para melhorar a adesão” apenas são documentados, segundo o “Guia para operacionalização do padrão documental na área de assistência adulto, mulher e criança” se o juízo dos diagnósticos de enfermagem “aceitação do estado de saúde” e “adesão” for potencial ou ausente, tendo este fator em consideração verificou-se a seguinte taxa de conformidade nos meses de Janeiro/Fevereiro: “Capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde” – 19,7%, “Capacidade para melhorar a adesão” – 44,5%; Março/Abril: “Capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde” – 24,1%, “Capacidade para melhorar a adesão” – 71,4%; Maio/Junho: “Capacidade para

melhorar a aceitação do estado de saúde” – 13,6%, “Capacidade para melhorar a adesão” – 72,9%;

- Quanto à atualização do plano de cuidados, em todos os processos onde estavam documentados diagnósticos de enfermagem, estes estavam encontrados atualizados e o juízo atribuído, parece estar de acordo com as necessidades da pessoa com DM (Janeiro/Fevereiro: 56,6%; Março/Abril: 87,2%; Maio/Junho: 82,9%).

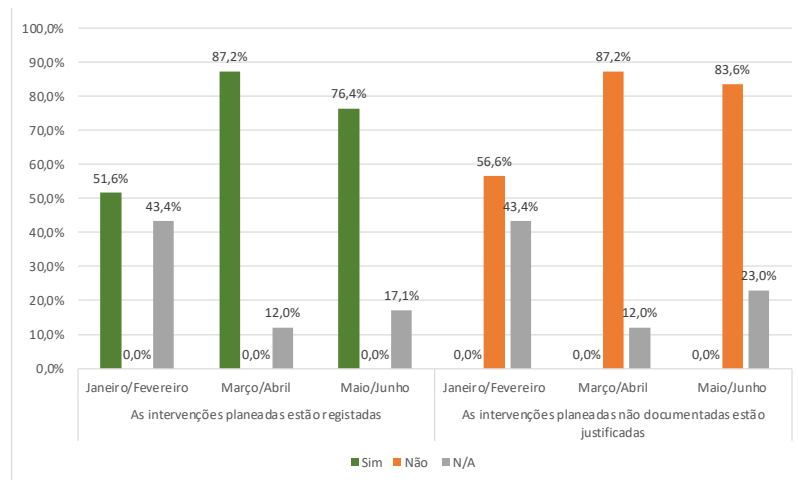
Gráfico 3 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente às intervenções de enfermagem



O **Gráfico 3**, referente ao registo das intervenções de enfermagem que explana a relação entre as atividades diagnósticas/diagnósticos de enfermagem e as intervenções documentadas na CEPD:

- No que diz respeito às intervenções de enfermagem documentadas estarem de acordo com os diagnósticos de enfermagem e atividades diagnósticas, existe uma elevada taxa de conformidade em todos os meses auditados, existindo apenas taxa de inconformidade residual quando às intervenções de enfermagem de acordo com as atividades diagnósticas, pois nesses processos de enfermagem verificam-se intervenções sem a avaliação prévia da atividade diagnóstica;
- A taxa de conformidade obtida no item “As intervenções são adequadas aos diagnósticos de enfermagem” foi de: Janeiro/Fevereiro – 56,6%, Março/Abril – 87,2%, Maio/Junho – 82,1%; e no item “As intervenções são adequadas às atividades diagnósticas” foi de: Janeiro/Fevereiro – 50,8%, Março/Abril – 85%, Maio/Junho – 76,4%.

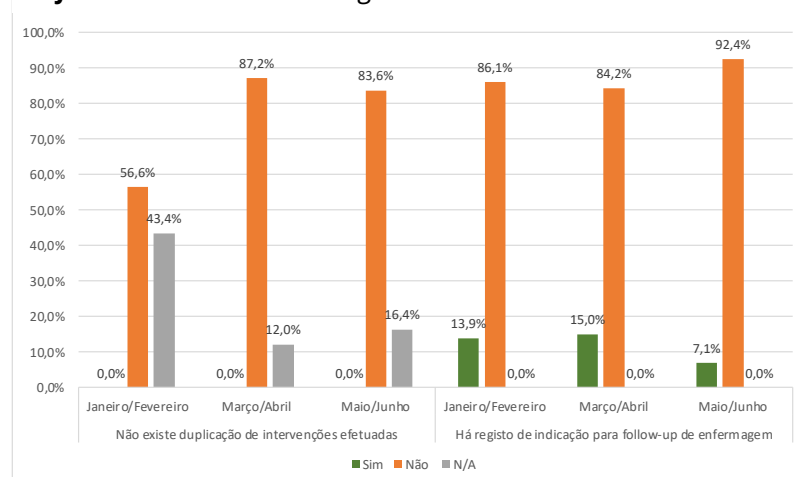
Gráfico 4 - Verificação da documentação de enfermagem relativamente ao plano de trabalho de enfermagem



Respetivamente ao **gráfico 4**, referente à verificação do plano de trabalho de enfermagem quanto à documentação das intervenções de enfermagem:

- As intervenções planeadas a documentar no decorrer da consulta foram efetivadas, revelando neste ponto ("As intervenções planeadas estão registadas") elevada taxa de conformidade: Janeiro/Fevereiro – 51,6%, Março/Abril – 87,2%, Maio/Junho – 76,4%. Contudo, existe impossibilidade de justificar todas as intervenções planeadas, mas não documentadas, revelando este item uma elevada taxa de não conformidade. Este constrangimento deve-se ao facto de existir uma impossibilidade de cariz informático que impossibilita a justificação de uma intervenção planeada, mas que por algum motivo não foi realizada no decorrer da consulta.

Gráfico 5 - Análise das notas gerais



O Gráfico 5, é relativo à análise das notas gerais em texto livre documentadas no processo de enfermagem, analisando que:

- Quanto à “duplicação de intervenções efetuadas” nas notas gerais em texto livre, não existe conformidade neste item (taxa de conformidade: Janeiro/Fevereiro – 0%, Março/Abril – 0%, Maio/Junho – 0%), esta elevada taxa de não conformidade deve-se ao facto de a maioria das intervenções documentadas não passarem para o processo clínico eletrónico, impossibilitando a visualização da documentação de enfermagem pela restante equipa multidisciplinar. Este fator leva a que, na maioria das vezes os enfermeiros tenham que recorrer à documentação em texto livre nas notas gerais para assegurar a continuidade de cuidados;
- No que diz respeito ao “há registo de indicação para *follow-up* de enfermagem”, sendo este item de acordo com as necessidades individuais de cada cliente, não se aplica a sua documentação em todos os processos. Verificou-se ainda alguma dificuldade em rastrear este item, visto os dados apenas poderem ser extraídos nas notas gerais e a equipa não estar sensibilizada para identificar esta necessidade no processo, agendando apenas a consulta de Acompanhamento – *follow-up* à pessoa com DM. Tendo em conta estas singularidades, a taxa de conformidade quanto a este item foi de: Janeiro/Fevereiro – 13,9%, Março/Abril – 15%, Maio/Junho – 7,1%).

Monitorização dos Indicadores de Qualidade

Indicadores de estrutura

Quadro 3 - Indicador: Norma orientadora da consulta de enfermagem e consulta de acompanhamento - *follow-up* à pessoa com diabetes (revisão)

Indicador	Norma orientadora da Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à Pessoa com Diabetes
Responsável pelo indicador	Equipa dinamizadora do projeto
Referência	Plataforma “Gestão Documental”

No decorrer do projeto foi efetuada a revisão da norma orientadora da “Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com Diabetes” (APÊNDICE 5), que ficou disponível na plataforma “Gestão Documental”, com visibilidade para toda a unidade. Esta revisão teve como ponto de partida a atualização, de acordo com recomendações nacionais e internacionais mais recentes para o tratamento e promoção do autocuidado da DM, a definição de critérios para o acompanhamento *follow-up* telefónico e presencial e a documentação da atividade de enfermagem no processo de enfermagem.

Quadro 4 - Indicador: *Instrumentos educativos promotores da ART da pessoa com DM/família*

Indicador	Instrumentos educativos promotores da ART da pessoa com DM/família
Responsável pelo indicador	Equipa dinamizadora do projeto
Referência	Plataforma “Gestão Documental”

No decorrer do projeto foram elaborados instrumentos educativos, nomeadamente folhetos (APÊNDICE 9), para facultar à pessoa com DM/família no decorrer da consulta. Estes folhetos foram concebidos com a finalidade de consolidar os conhecimentos e recomendações transmitidos pela equipa de enfermagem durante a CEPD, abordando assim temáticas relevantes para a ART na DM, identificadas pela equipa multidisciplinar. Estes folhetos encontram-se disponíveis na plataforma “Gestão Documental”, com visibilidade para toda a unidade.

Foi ainda identificada, a necessidade de pensar num livro de registos para a documentação da autovigilância da glicemia capilar. Desta forma, foi criado o “Guia de Controlo da Diabetes” (APÊNDICE 10). De salientar a articulação com a equipa de *marketing*, que se responsabilizou pelo seu *design* e impressão.

Quadro 5 – Indicador: *Check-list de auditoria da documentação de enfermagem*

Indicador	Check-list de auditoria da documentação de enfermagem
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto
Referência	Projeto de melhoria

Com a finalidade de estabelecer uma métrica de avaliação da consulta de enfermagem, foi perentório a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada – CIPE®, de forma a auditar este processo foi desenvolvida a *check-list* de auditoria da documentação de enfermagem (APÊNDICE 11), com recurso do programa informático *OFFICE / EXCEL*. A auditoria ao processo de enfermagem iniciou-se no mês de Janeiro 2022, sendo a sua amostra todos os clientes que frequentaram a CEPD, *a posteriori* foi realizado um relatório bimensal que foi dado a conhecer à equipa de enfermagem.

Quadro 6 – Indicador: *Plano de formação em serviço*

Indicador	Plano de formação em serviço
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto, médica endocrinologista.
Referência	Folha de presenças da formação em serviço.

Foram planeadas (APÊNDICE 6) e realizadas duas sessões de formação em serviço com dois módulos formativos cada, as formações foram elaboradas em conjunto com a

equipa médica e de acordo com as temáticas identificadas pela equipa de enfermagem. No final a equipa de enfermagem sentiu-se com mais confiança no conhecimento transmitido durante a CEPD.

Indicadores de processo

Quadro 7 – Indicador: Percentagem de enfermeiros que participaram na formação em serviço na área da diabetes

Indicador	Percentagem de enfermeiros que participaram na formação em serviço na área da diabetes	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Folha de presenças da formação	
Numerador	Nº total de enfermeiros que efetuaram a formação em serviço	X 100
Denominador	Nº total de enfermeiros do serviço.	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de enfermeiros que efetuaram a formação em serviço	
Critérios de inclusão	Todos os enfermeiros do serviço (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Outros profissionais de saúde (Janeiro a Junho 2022)	

$$\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$$

Foi possível **garantir 100% de formação em serviço** aos enfermeiros.

Os enfermeiros do serviço aderiram na sua totalidade às sessões de formação em serviço, o que demonstrou empenho e dedicação relativamente à área da diabetes e interesse em desenvolver uma prática fundamentada e atualizada.

Quadro 8 – Indicador: Percentagem de enfermeiros com formação externa/diferenciada na área da diabetes

Indicador	Percentagem de enfermeiros com formação externa/diferenciada na área da diabetes	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Certificado de formação	
Numerador	Nº total de enfermeiros que efetuaram a formação externa/diferenciada na área da diabetes	X 100
Denominador	Nº total de enfermeiros do serviço	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de enfermeiros que efetuaram a formação externa/diferenciada na área da diabetes	
Critérios de inclusão	Todos os enfermeiros do serviço (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Outros profissionais de saúde (Janeiro a Junho 2022)	

$$\frac{4}{6} \times 100 = 66,7\%$$

Foi possível **garantir 66,7% de formação externa/diferenciada** na área da diabetes.

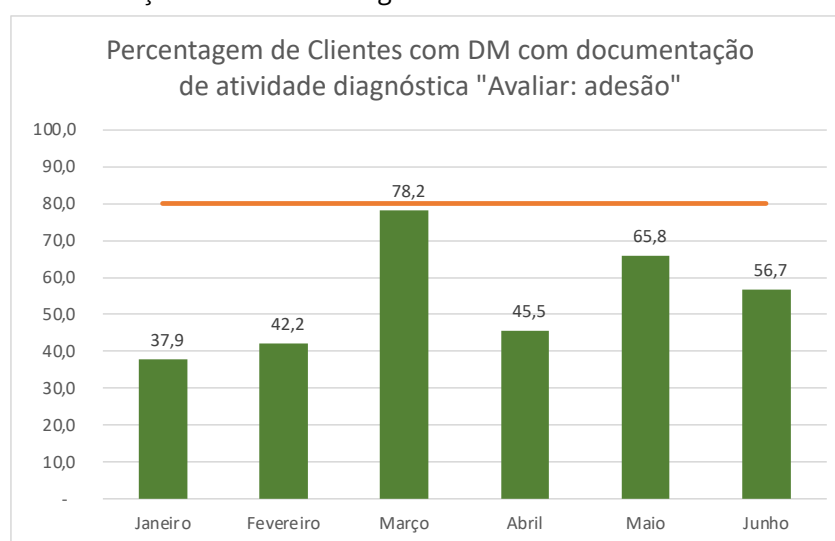
Os enfermeiros realizaram esta formação na APDP, o tipo de formação frequentada foi de acordo com a maturidade profissional do enfermeiro nesta área. Os conhecimentos adquiridos foram partilhados com a restante equipa.

Quadro 9 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Avaliar: Adesão"

Indicador	Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: “Avaliar: adesão”	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem	
Numerador	Nº total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: "Avaliar: adesão"	X 100
Denominador	Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes com documentação da atividade diagnóstica "Avaliar: adesão"	
Critérios de inclusão	Todos os clientes que efetuaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Todos os clientes que efetuaram a Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)	

Tabela 1 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: “Avaliar: Adesão”

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Numerador	22	27	61	25	48	38
Nº total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: “Avaliar: adesão”						
Denominador	58	64	78	55	73	67
Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão						
Meta: 80%	37,9%	42,2%	78,2%	45,5%	65,8%	56,7%

Gráfico 6 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação de atividade diagnóstica “Avaliar: adesão”

A monitorização deste indicador permite supervisionar a taxa de conformidade da documentação da atividade diagnóstica: “Avaliar: adesão”. A documentação desta atividade diagnóstica fornece dados sobre a adesão ao regime medicamentoso, alimentar e de exercício físico, tríade essencial da ART na pessoa com DM. Esta atividade diagnóstica deverá ser documentada em todas as Consultas de Enfermagem à Pessoa com Diabetes, com a finalidade de poder extrair indicadores de resultado quanto à ART.

Analisando o **Gráfico 6** os meses com maior taxa de conformidade foram os meses de Março (78,2%) e Maio (65,8%), contudo não foi atingida a meta proposta: 80%. Verifica-se assim a necessidade de reforço, junto da equipa de enfermagem, do cumprimento da documentação desta atividade diagnóstica a todos os clientes que frequentem a consulta. De forma a facilitar a taxa de conformidade foi pedido à DOSI que incluíssem a atividade diagnóstica “Avaliar: Adesão”, por defeito, no plano de cuidados de forma a simplificar o processo.

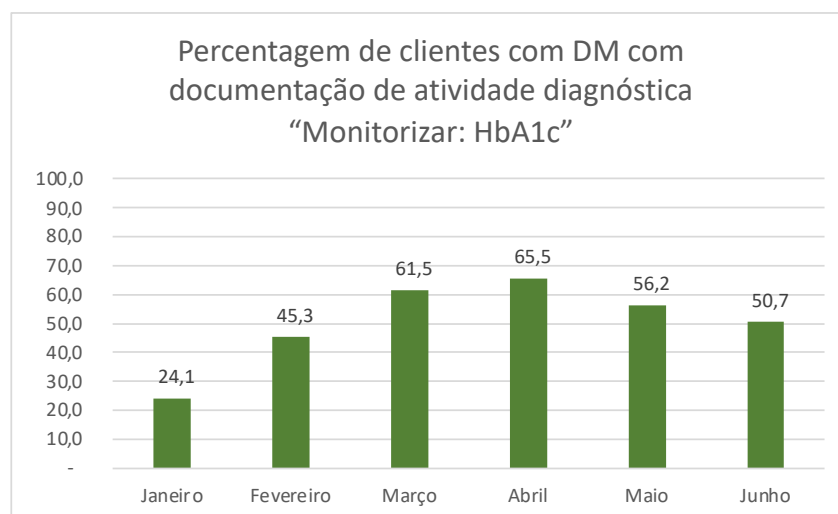
Quadro 10 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar HbA1c"

Indicador	Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: “Monitorizar: HbA1c”	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem	
Numerador	Nº total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar: HbA1c"	X 100
Denominador	Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes com documentação da atividade diagnóstica "Monitorizar: HbA1c"	
Critérios de inclusão	Todos os clientes que efetuaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Todos os clientes que efetuaram a Consulta de Acompanhamento – Follow-up à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)	

Tabela 2 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar HbA1c"

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Numerador	14	29	48	36	41	34
Nº total de clientes com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar: HbA1c"						
Denominador	58	64	78	55	73	67
Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão						
	24,1%	45,3%	61,5%	65,5%	56,2%	50,7%

Gráfico 7 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: "Monitorizar HbA1c"



A monitorização deste indicador permite supervisionar a taxa de conformidade da documentação da atividade diagnóstica: “Monitorizar: HbA1c”. Esta atividade diagnóstica fornece dados sobre o valor deste resultado laboratorial e deverá ser documentada sempre que o cliente apresente análises clínicas com este resultado, a requisição para a realização desta análise é realizada conforme o perfil da pessoa com DM.

Indicadores de resultado

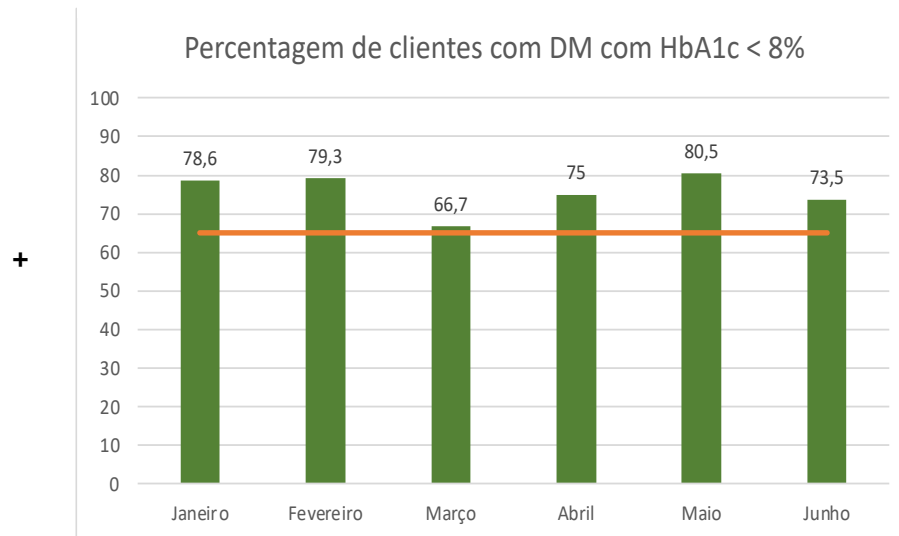
Quadro 11 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8%

Indicador	Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8%	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem.	
Numerador	Nº total de clientes com valores de HbA1c < 8%	X 100
Denominador	Nº total de clientes com documentação de atividade diagnóstica: “Monitorizar: HbA1c”	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes com valores de HbA1c < 8%	
Critérios de inclusão	Todos os clientes que efetuaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Todos os clientes que efetuaram a Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)	

Tabela 3 – Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Numerador	11	23	32	27	33	25
Nº total de clientes com valores de HbA1c < 8%						
Denominador	14	29	48	36	41	34
Nº total de clientes com documentação de atividade diagnóstica: “Monitorizar: HbA1c”						
Meta: 65%	78,6%	79,3%	66,7%	75%	80,5%	73,5%

Gráfico 8 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 8



A monitorização deste indicador fornece dados sobre a percentagem de clientes com diagnóstico de DM com valores de HbA1c < 8%, este resultado laboratorial permite avaliar os níveis de glicose no sangue nos últimos três meses.

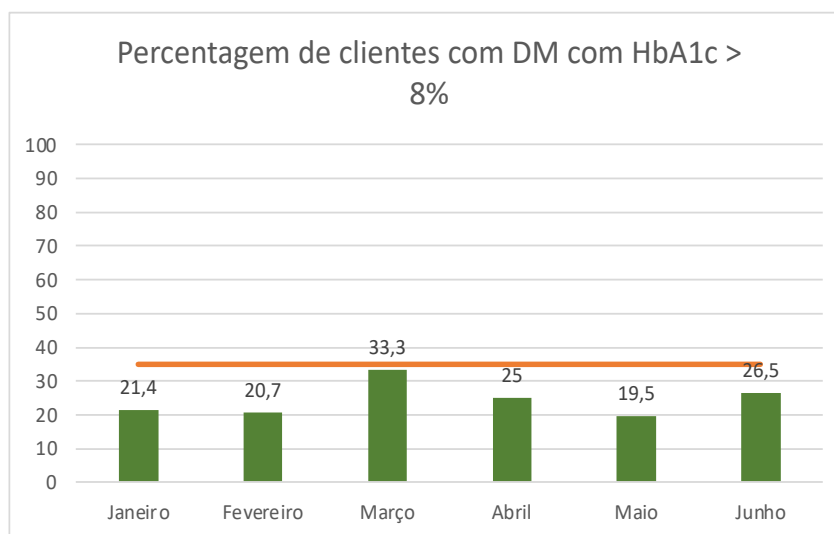
Através da análise dos resultados obtidos, **Gráfico 7**, podemos verificar que em todos os meses foi atingida a meta proposta: > 65%, percecionando que a maioria dos clientes com DM que frequentam a consulta de enfermagem apresentam valores de HbA1c inferior a 8%. Desta forma podemos concluir que em média, o índice de glicémia é inferior a 183mg/dl e, de acordo com as recomendações da IDF (2017) para doentes com múltiplas comorbilidades, como é o caso da nossa realidade, a maioria dos nossos clientes encontra-se dentro do objetivo estipulado para o controle glicémico.

Quadro 12 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%

Indicador	Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem	
Numerador	Nº total de clientes com valores de HbA1c ≥ 8%.	X 100
Denominador	Nº total de clientes com documentação de atividade diagnóstica: “Monitorizar: HbA1c”	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes com valores de HbA1c ≥ 8%	
Critérios de inclusão	Todos os clientes que efetuaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Todos os clientes que efetuaram a Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)	

Tabela 4 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c $\geq 8\%$

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho
Numerador	3	6	16	9	8	9
Nº total de clientes com valores de HbA1c $\geq 8\%$						
Denominador	14	29	48	36	41	34
Nº total de clientes com documentação de atividade diagnóstica: "Monitorizar: HbA1c"						
Meta: 35%	21,4%	20,7%	33,3%	25%	19,5%	26,5%

Gráfico 9 - Indicador: Percentagem de clientes com DM com HbA1c $\geq 8\%$ 

A monitorização deste indicador fornece dados sobre a percentagem de clientes com diagnóstico de DM com valores de HbA1c > 8%, este resultado laboratorial permite avaliar os níveis de glicose no sangue nos últimos três meses.

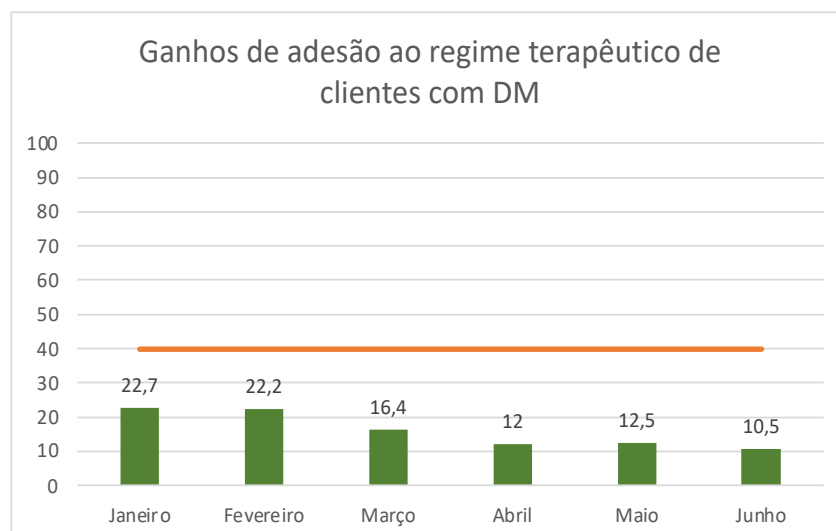
Através da análise dos resultados obtidos, **Gráfico 8**, podemos verificar que em todos os meses foi atingida a meta proposta: < 35%, percecionando que a minoria dos clientes com DM que frequentam a consulta de enfermagem apresentaram valores de HbA1c inferior a 8%. Desta forma podemos concluir que, a minoria dos clientes que têm em média, um índice de glicémia superior a 183mg/dl, e, de acordo com as recomendações da IDF (2017) para doentes com múltiplas comorbilidades, como é o caso da nossa realidade, estes clientes não se encontram dentro do objetivo estipulado para o controle glicémico.

Quadro 13 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM

Indicador	Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem	
Numerador	Nº total de clientes com DM que aderem ao regime terapêutico (presente)	X 100
Denominador	Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes que aderem ao regime terapêutico	
Critérios de inclusão	Todos os clientes que efetuaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Todos os clientes que efetuaram a Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)	

Tabela 5 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Numerador	5	6	10	3	6	4
Nº total de clientes com DM que aderem ao regime terapêutico (presente)						
Denominador	22	27	61	25	48	38
Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão						
Meta: 40%	22,7%	22,2%	16,4%	12%	12,5%	10,5%

Gráfico 10 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime terapêutico de clientes com DM

A monitorização deste indicador fornece dados sobre a percentagem de clientes com diagnóstico de DM, que aderem ao regime terapêutico, este dado é obtido através da documentação da atividade diagnóstica “Avaliar: Adesão”, critério regime alimentar

Carina M. Trindade Horta

presente + regime exercício físico presente + regime medicamentoso presente, avaliado de acordo com a norma de funcionamento da consulta (APÊNDICE 5).

Através da análise dos resultados obtidos, **Gráfico 9**, podemos verificar que não foi atingida a meta proposta: 40%, sendo o mês com maior percentagem o mês de Janeiro com 22,7%. Podemos assim concluir, que os clientes com DM que frequentam a CEPD têm uma baixa ART na sua tríade: regime alimentar, regime exercício físico e regime medicamentoso. Deverá continuar a existir, da parte da equipa de enfermagem, um desenvolvimento nas intervenções promotoras da ART da pessoa com DM, desenvolvendo estratégias que possibilitem a sua promoção e adesão.

De seguida apresentamos os dados da ART na explicitação das suas dimensões regime alimentar (**Gráfico 13**), regime de prática de exercício físico (**Gráfico 14**) e regime medicamentoso (**Gráfico 15**):

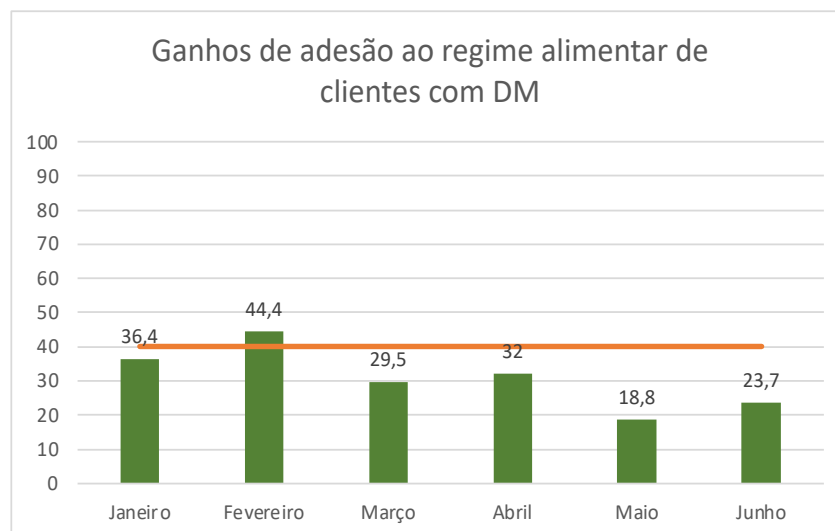
Quadro 14 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM

Indicador	Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM		
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto		
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem		
Numerador	Nº total de clientes que aderem ao regime alimentar (presente)	X 100	
Denominador	Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão		
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes que aderem ao regime alimentar		
Critérios de inclusão	Todos os clientes que efetuaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)		
Critérios de exclusão	Todos os clientes que efetuaram a Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)		

Tabela 6 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Numerador	8	12	18	8	9	9
Nº total de clientes que aderem ao regime alimentar (presente)						
Denominador	22	27	61	25	48	38
Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão						
Meta: 40%	36,4%	44,4%	29,5%	32%	18,8%	23,7%

Gráfico 11 - Indicador: *Ganhos de adesão ao regime alimentar de clientes com DM*



A monitorização deste indicador fornece dados sobre a percentagem de clientes com diagnóstico de DM que aderem ao regime alimentar, este dado é obtido através da documentação da atividade diagnóstica “Avaliar: Adesão”, critério regime alimentar presente, avaliado de acordo com a norma orientadora da consulta (APÊNDICE 5).

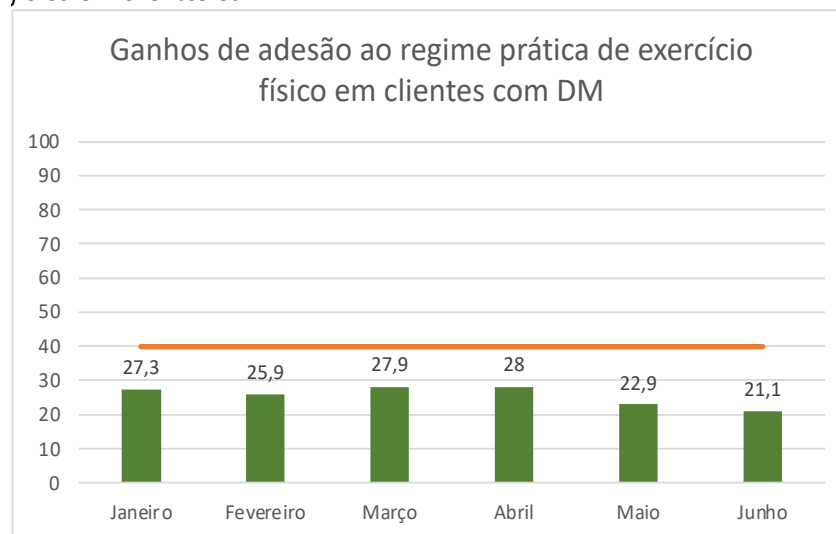
Através das análises dos resultados obtidos podemos verificar que apenas num mês foi atingida a meta proposta: 40%, tendo sido o mês de Fevereiro (44,4%). Podemos verificar que o regime alimentar deverá não só, ser desenvolvido com mais rigor pela equipa de enfermagem durante a consulta, como também deverá ser impulsionada a referenciação da pessoa com DM para a especialidade de nutrição.

Quadro 15 - Indicador: *Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico em clientes com DM*

Indicador	Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico em clientes com DM	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem	
Numerador	Nº total de clientes que aderem ao regime prática de exercício físico (presente)	X 100
Denominador	Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes que aderem ao regime prática de exercício físico	
Critérios de inclusão	Todos os clientes que efetuaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Todos os clientes que efetuaram a Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)	

Tabela 7 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico em clientes com DM

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Numerador	6	7	17	7	11	8
Nº total de clientes que aderem ao regime prática de exercício físico (presente)						
Denominador	22	27	61	25	48	38
Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão						
Meta: 40%	27,3%	25,9%	27,9%	28%	22,9%	21,1%

Gráfico 12 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime prática de exercício físico em clientes com DM

A monitorização deste indicador fornece dados sobre a percentagem de clientes com diagnóstico de DM que aderem ao regime prática de exercício físico, este dado é obtido através da documentação da atividade diagnóstica “Avaliar: Adesão”, critério regime de prática de exercício físico presente, avaliado de acordo com a norma orientadora da consulta (APÊNDICE 5).

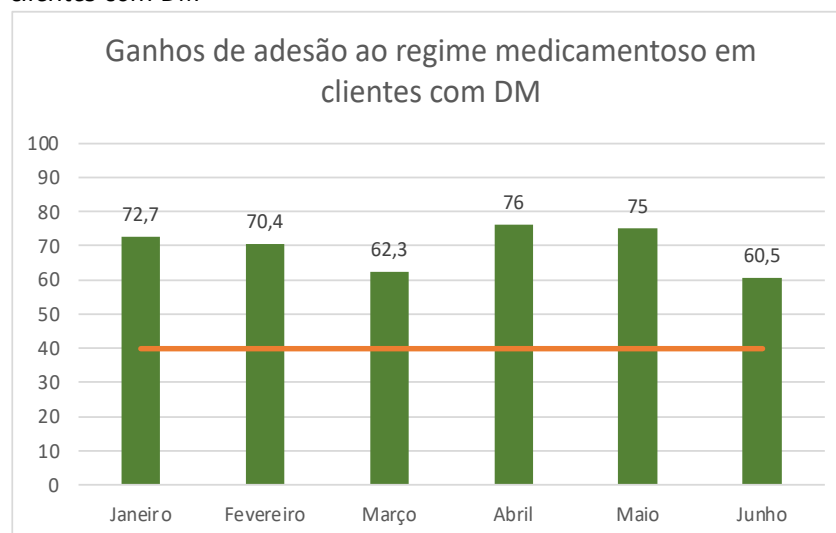
Através da análise dos resultados obtidos, **Gráfico 11**, podemos verificar que não foi atingida a meta proposta: 40%, o mês que apresentou maior percentagem de adesão foi o mês de Abril (28%). Podemos verificar que o regime prática de exercício físico deverá ser desenvolvido com mais rigor pela equipa de enfermagem durante a consulta, contudo, no futuro, também deverá ser tida em consideração para esta avaliação a condição física da pessoa com DM e o seu nível de dependência quanto à mobilidade.

Quadro 16 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime medicamentoso em clientes com DM

Indicador	Ganhos de adesão ao regime medicamentoso em clientes com DM	
Responsável pelo indicador	Gestor de projeto	
Referência	Gestão Hospitalar – Módulo de Enfermagem	
Numerador	Nº total de clientes que aderem ao regime medicamentoso (presente)	X 100
Denominador	Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão	
Método de recolha	Análise quantitativa do nº de clientes que aderem ao regime medicamentoso	
Critérios de inclusão	Todos os clientes que frequentaram a CEPD (Janeiro a Junho 2022)	
Critérios de exclusão	Todos os clientes que frequentaram a Consulta de Acompanhamento – <i>Follow-up</i> à pessoa com diabetes (Janeiro a Junho 2022)	

Tabela 8 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime medicamentoso em clientes com DM

Periodicidade da Recolha	Mensal					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Numerador	16	19	38	19	36	23
Nº total de clientes que aderem ao regime medicamentoso (presente)						
Denominador	22	27	61	25	48	38
Nº total de clientes com o diagnóstico de enfermagem: Adesão						
Meta: 40%	72,3%	70,4%	62,3%	76%	75%	60,5%

Gráfico 13 - Indicador: Ganhos de adesão ao regime medicamentoso em clientes com DM

A monitorização deste indicador fornece dados sobre a percentagem de clientes com diagnóstico de DM que aderem ao regime medicamentoso, este dado é obtido através da documentação da atividade diagnóstica “Avaliar: Adesão”, critério regime

medicamentoso presente, avaliado de acordo com a norma orientadora da consulta (APÊNDICE 5).

Através da análise dos resultados obtidos, **Gráfico 12**, podemos verificar que foi atingida a meta proposta em todos os meses: 40%. Conferindo assim que a percentagem de clientes com DM que aderem ao regime medicamentos (regime medicamentoso presente) está acima dos 60%. Os meses que apresentaram maior percentagem de adesão ao regime terapêutico foram os meses de Janeiro (72,7%), Abril (76%) e Maio (75%).

Após análise das constatações, obtidas através das auditorias efetuadas no 1º semestre de 2022, foram identificadas as **propostas de melhoria** que foram partilhadas e analisadas com a equipa para a sua operacionalização na fase seguinte, cujo compromisso foi assumido com a equipa.

1.4 Reavaliação e Partilha de Resultados

Após a análise de resultados procede-se à última fase do projeto, referente à 4ª fase do ciclo PDCA, **Act** – Atuar. Este é o momento para propor medidas corretivas ao planeamento do projeto e padronizar as ações que levaram ao cumprimento dos objetivos propostos. É também considerado o momento para definir novos objetivos, caso essa necessidade se verifique (Gorenflo et al., 2012; Lodgaard et al., 2011; OE, 2013).

Nesta fase, é ainda pertinente *standardizar* o processo, assegurando que todos os elementos da equipa adquirem o conhecimento sobre as novas instruções e objetivos (Gorenflo et al., 2012; Lodgaard et al., 2011; OE, 2013).

Por fim, é fundamental a partilha do sucesso dos resultados do projeto, não só, com a equipa que contribuiu para o seu planeamento e operacionalização, como também com a organização onde foi implementado (Gorenflo et al., 2012; Lodgaard et al., 2011; OE, 2013).

Assim centremo-nos na primeira dimensão desta última fase do ciclo PDCA, relacionada com: propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; reconhecer e partilhar o sucesso.

Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

Após a operacionalização e consequente análise de resultados, do projeto de melhoria continua da qualidade “Adesão ao Regime Terapêutica da Pessoa com Diabetes”, a equipa dinamizadora do projeto realizou um momento de reflexão e de debate (APÊNDICE 13), por forma a definir medidas corretivas ao planeamento do projeto e de acordo com os dados obtidos no decorrer do seu desenvolvimento. Apresentam-se de seguidas as medidas corretivas decorrentes da fase anterior da análise dos resultados obtidos:

- A norma orientadora deverá ser revista anualmente, de forma a estar atualizada segundo as recomendações mais recentes nesta área, e/ou caso se verifique alguma alteração quanto à estrutura e/ou documentação da

consulta de enfermagem. Deverá ser dada a responsabilidade a um dos enfermeiros de referência da consulta para esse efeito;

- À semelhança da norma, os folhetos informativos deverão ser revistos anualmente, de forma a estarem atualizados segundo as recomendações mais recentes nesta área. Sempre que seja considerado oportuno, poderá ser proposta a criação de novos folhetos informativos relevantes para a área. Deverá ser dada a responsabilidade a um dos enfermeiros de referência da consulta para esse efeito;
- Dada a relevância da documentação de enfermagem, não só para continuidade de cuidados, como também para demonstrar e valorizar a intervenção dos enfermeiros nesta área específica, dando maior robustez à extração de dados, fornecendo assim *inputs*, para a obtenção dos indicadores de qualidade. Por isso é aconselhado que se mantenha a auditoria ao processo de enfermagem através da *check-list* de auditoria à documentação de enfermagem. Ponderar passar a amostra de auditoria para 15 processos por mês;
- Continuar a desenvolver junto da CNIO e DOSI a proposta de desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a avaliação do conhecimento e capacidade da ART na diabetes. No seguimento deste desenvolvimento foi proposto o diagnóstico de enfermagem “Avaliar: conhecimento sobre diabetes”, que aguarda aprovação junto do GIPE e direção de enfermagem;
- Continuar a desenvolver junto da CNIO e DOSI a proposta de desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem específica relacionada com o acompanhamento – *Follow-up* de enfermagem à pessoa com diabetes. O desenvolvimento proposto neste sentido aguarda aprovação junto do GIPE e direção de enfermagem;
- Manter o plano de formação em serviço anual atualizado, e realizar a formação em serviço para atualização de conhecimentos na área e envolver a equipa nos cuidados à pessoa com DM/família;
- Continuar a facilitar o acesso aos enfermeiros da equipa de formação externa/diferenciada e congressos na área da DM;
- Articular os cuidados e intervir em parceria com a equipa de nutrição, com a finalidade de referenciar a pessoa com DM para um nutricionista experiente na área da diabetes e poder dar continuidade, na consulta de enfermagem, às recomendações fornecidas na consulta de nutrição;
- Na avaliação do regime prática de exercício físico deverá ser considerado a dificuldade de mobilidade e o nível de dependência da pessoa com DM. Poderá ser elaborado um folheto informativo sobre os benefícios do exercício físico na diabetes, promovendo e valorizando assim a dimensão do exercício físico no âmbito do regime terapêutico da pessoa com diabetes;

- Restrukturar os indicadores de qualidade referentes ao dado laboratorial da HbA1c. Ponderar incluir os indicadores: “Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 6,5%”; “Percentagem de clientes com DM com HbA1c entre 6,5 e 8%”; “Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%”;
- Após o desenvolvimento informático dos diagnósticos relacionados com o conhecimento e a capacidade na ART na diabetes, iniciar a monitorização dos indicadores definidos no planeamento do projeto: “Percentagem de clientes com DM com conhecimento sobre a ART diminuído”, “Percentagem de clientes com DM com capacidade para melhorar a ART diminuído”, “Percentagem de clientes com DM com conhecimento sobre a ART demonstrado”, “Percentagem de clientes com DM com capacidade para melhorar a ART demonstrada”.

Assim, estas medidas corretivas, encontram-se de fato estreitamente relacionadas com os resultados obtidos através da auditoria à documentação de enfermagem, no processo de enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes, como também com os resultados obtidos através da monitorização dos indicadores de qualidade definidos.

No que diz respeito à auditoria da documentação de enfermagem, a utilização de linguagem classificada - CIPE®, permite os *inputs*, ou seja, a obtenção de dados para a posterior extração de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Após a auditoria verificou-se que a equipa já se encontra mais sensibilizada quanto a este tema, contudo necessita de reforço e acompanhamento para o seu cumprimento. Ao mesmo tempo, também foi verificado que existem constrangimentos relacionados com o sistema de informação utilizado, constrangimentos esses que foram identificados, analisados e estão em linha de produção pela equipa da DOSI.

Reconhecer e partilhar o sucesso

Os resultados obtidos até à data foram apresentados à equipa de enfermagem e coordenação. Os enfermeiros da consulta sentiram-se mais confiantes com a sua prática. Através da implementação do projeto obtiveram ferramentas que facultaram a aquisição de mais conhecimentos na área da diabetes, fizeram parte integrante do processo e foi dada abertura para sugerir propostas de melhoria durante a fase de planeamento e operacionalização do projeto.

Após a análise dos resultados, os mesmos foram apresentados à equipa de enfermagem e coordenação, este momento de partilha permitiu a reflexão em equipa, sobre o caminho percorrido e os benefícios para o cliente alvo do projeto. Devido ao compromisso e dedicação de toda a equipa consideramos fundamental dar a conhecer a outras equipas o caminho percorrido com a implementação deste projeto e os resultados obtidos com a sua operacionalização. Como tal, planeamos escrever um artigo e/ou apresentar um poster num congresso ou jornadas da área.

Sendo este projeto, um projeto de melhoria continua da qualidade, após implementar as propostas de melhoria sugeridas, e a realização de nova auditoria em Janeiro de 2023, de acordo com a operacionalização das propostas de melhoria, iremos dar continuidade ao projeto com a implementação da sua 2ª fase. Na 2ª fase será realizado um investimento ao nível da intervenção no internamento da pessoa com DM, melhorando a referenciação para a consulta da diabetes, promovendo a ART destes clientes, na área da diabetes.

2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A profissão de Enfermagem desenvolve as suas ações pautadas num processo de diálogo humano, valorizando a individualidade de cada indivíduo. Sob este prisma, a Enfermagem encontra-se integrada em conhecimentos técnico-científicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se traduzem pelo ensino, pesquisa e assistência. Assim, os enfermeiros comprometem-se com a saúde do indivíduo, individual e coletivo, atuando diretamente na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, obedecendo aos princípios de ética e aos princípios legais (Leite, Claudino & Santos, 2009).

Segundo o Relatório de Belmont (1978), são necessários três princípios éticos a ter em conta para a realização dos mesmos:

- **Princípio da beneficência**, as pessoas são tratadas de forma ética, respeitando as suas decisões, protegendo-as de danos e unindo esforços para garantir o seu bem-estar;
- **Princípio do respeito pela dignidade humana**, o respeito pelas pessoas incorpora pelo menos duas convicções éticas: primeiro, que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e, segundo, que as pessoas com autonomia diminuída têm direito à proteção. O princípio do respeito pelas pessoas, portanto, divide-se em dois requisitos morais distintos: o requisito de reconhecer a autonomia e o requisito de proteger aqueles com autonomia diminuída;
- **Princípio da justiça**, preponderação e equilíbrio dos benefícios e malefícios sobre cada indivíduo nas suas diversas necessidades, tratando os iguais como iguais e os diferentes como diferentes, na proporção das suas desigualdades. Os participantes do estudo têm direito a um tratamento justo e direito à privacidade.

Para além destes três princípios éticos é crucial ter em conta o direito ao **anonimato** e à **confidencialidade**.

Para a análise do projeto, os dados extraídos foram realizados através de uma avaliação retrospectiva na sequência dos cuidados prestados à Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos intervenientes.

A resposta do pedido realizado à Comissão de Ética, foi favorável (ANEXO 2), não tendo sido identificadas objeções éticas para a implementação do projeto.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Segundo Nicklesa et al. (2019), os PMQC na área da DM devem ilustrar modelos de melhoria que associem mudanças de processo, baseadas em intervenções de enfermagem alicerçadas pela evidência científica mais recente nesta área, com os resultados obtidos na pessoa com DM, traduzidos em benefícios para as mesmas. Desta forma, o planeamento do projeto foi concebido tendo em consideração atividades dirigidas para a equipa de enfermagem, com o desígnio da procura e divulgação da evidência científica atual sobre esta área de atuação, delineando uma linha orientadora comum na transmissão de conhecimentos com segurança e focalizados na ART da pessoa com DM; e atividades dirigidas para a pessoa com diabetes, desenvolvendo uma consulta estruturada, de acordo com o conhecimento científico obtido, e com o apoio a um conjunto de ferramentas que promovam a ART.

No decorrer da fase de operacionalização do projeto, a procura pelos resultados efetivos do trabalho desenvolvido e pelo seu impacto na ART da pessoa com DM, através desta mudança de processo, foi uma preocupação constante da equipa de enfermagem. Os enfermeiros envolvidos demonstraram união através do espírito de equipa e empenho, não só, com a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados na área, como também pela melhoria contínua da qualidade desses cuidados. E, embora seja relevante o desenvolvimento de cuidados de saúde em parceria entre a equipa multidisciplinar evitando a fragmentação e a duplicação de cuidados, nos PMQC o enfermeiro é percecionado como um elemento dinamizador entre a mesma (Ginzburg et al., 2018; Oba et al., 2020), evidenciado a importância do seu papel na equipa.

Os resultados efetivos da implementação do projeto foram obtidos através da monitorização de indicadores de qualidade. Segundo Donabedian (2003), o conceito de qualidade pode ser definido com exatidão sendo este aspeto fundamental, para à *posteriori*, ser realizada uma monitorização da qualidade que servirá de garantia à sua existência. É assim possível avaliar a qualidade dos cuidados tendo por base indicadores de estrutura, processo e resultado. A sua avaliação, monitorização e a apreciação dos cuidados de saúde, são fundamentais no alcance do sucesso de qualquer organização de saúde.

Tendo em conta este fator, procedesse assim à análise da monitorização dos indicadores de qualidade, identificados na fase de planeamento do projeto.

No que diz respeito aos indicadores estrutura, e tendo em consideração que estes devem ter em apreciação os recursos materiais e humanos (Donabedian, 2003), foi pertinente pensar na revisão da norma funcionamento da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento – *Follow-up* à pessoa com DM, esta revisão apresentou como ponto de partida a atualização de acordo com recomendações nacionais e internacionais mais recentes, para o tratamento e promoção do autocuidado da DM, definição de critérios para o acompanhamento - *follow-up* telefónico e presencial e referência à documentação da atividade de enfermagem no processo de enfermagem. Foi pertinente incluir na nossa

prática a consulta de acompanhamento – *follow-up* telefónico na nossa prática recorrente, não só pela evidencia identificada ao nível do controle glicémico e motivação, manifestado num nível superior, para cumprir as recomendações ao nível do autocuidado, como também diminuindo as barreiras geográficas existentes entre a sua morada de residência e o hospital (Chan et al., 2019; Davies, Kristunas & Alshreef, 2019). Este último aspeto relevou-se primordial durante o estado de emergência da pandemia vivenciada recentemente (Covid-19).

Considerando que a introdução de estratégias educacionais em DM para os profissionais de saúde envolvidos, traduzem-se em melhorias significativas no atendimento à pessoa com DM (Higgins et al., 2020; Holtrop et al., 2017). Foi também essencial, estabelecer um plano de formação em serviço, que considerasse temas relevantes para a ART da pessoa com DM e dos quais suscitasse mais dúvidas entre a equipa de enfermagem.

Estas estratégias educacionais não se prenderam única e exclusivamente com os profissionais de saúde envolvidos na operacionalização do projeto, tendo sido elaborados um conjunto de instrumentos educativos dirigidos à pessoa com DM/família, nomeadamente folhetos e o “Guia de Controlo da Diabetes” para registo da autovigilância da glicemia. Este tipo de ferramentas possibilitou a promoção de literacia em saúde na ART na DM. A existência do plano de formação em serviço foi essencial para se proceder ao desenvolvimento da formação específica na área da diabetes. Ainda neste domínio, torna-se relevante considerar os PQCE, onde a existência de uma política de formação continua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, é considerado um dos elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Por fim, e ainda no que respeita aos indicadores de estrutura, foi fundamental o desenvolvimento de uma *check-list* de auditoria da documentação de enfermagem. Este instrumento de auditoria, teve como intuito monitorizar o cumprimento da documentação de enfermagem, segundo a linguagem classificada - CIPE®, no processo de enfermagem na CEPD de acordo com a norma de funcionamento da CEPD; e melhorar a eficácia da documentação de enfermagem realizada na CEPD. Salientando assim, a relevância que a documentação de enfermagem demonstra para a continuidade de cuidados e para dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros acerca dos resultados de qualidade da consulta.

Quanto à análise de resultados dos indicadores de processo, foram realizadas duas sessões de formação em serviço, garantido 100% de adesão pelos enfermeiros do serviço, foi ainda possível garantir 66,7% de formação externa/diferenciadas na área da diabetes a estes enfermeiros. Estes resultados demonstraram o envolvimento da equipa de enfermagem e da equipa médica, que colaborou na realização das formações em serviço. De acordo com Ginzburg (2018), estas estratégias de educação para os profissionais de saúde devem ser constituídas por uma abordagem multidisciplinar e ser baseadas na aquisição de conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença, avaliação

global da pessoa com DM, desenvolvimento de estratégias de mudança comportamental e melhoria do autocuidado. Estes momentos formativos revelaram ter sido de extrema importância para a integração de cuidados em equipa e para o desenvolvimento de novos conhecimentos e ganho de confiança, pelo que se torna fundamental continuar a pensar nesta estratégia no futuro, delineando um plano de formação anual nesta área considerando as temáticas referidas pelo autor supracitado e promovendo o envolvimento contínuo de toda a equipa.

Ainda considerando os indicadores de processo, procedeu-se à monitorização da percentagem de clientes com DM com documentação da atividade diagnóstica: “Avaliar: Adesão”, os meses com maior taxa de conformidade foram os meses de Março (78,2%), Maio (65,8%) e Junho (56,7%), contudo não foi atingida a meta proposta: 80%. Esta avaliação, segundo a norma de funcionamento, tem a obrigatoriedade de documentação no processo de enfermagem em todas as CEPD. O facto de não se ter atingido a meta proposta, da parte da equipa de enfermagem, quanto ao registo desta atividade diagnóstica, revela que, é essencial a continuação da sensibilização dos enfermeiros para o cumprimento da documentação de enfermagem segundo linguagem classificada – CIPE®. Tendo em consideração que a documentação em enfermagem é a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho de enfermagem, revestindo-se de grande importância, pelo que deve ser rigorosa, completa e realizada de forma correta, pois traduzem a nossa prática profissional (Martins, Pinto & Lourenço, 2008).

Por fim, procede-se à análise dos resultados decorrentes da monitorização dos indicadores de resultado, referentes às alterações desejáveis ou não, com resposta aos cuidados de saúde prestados (Donabedian, 2003). Neste conjunto de indicadores foi importante incluir indicadores relacionados com o valor analítico da HbA1c, para além de ser um marcador bioquímico de referência na avaliação médica do controle glicémico da DM, os estudos realizados por Andrich et al. (2020); Ginzburg et al. (2018); Holtrop et al. (2017); Lim et al. (2018); Oba et al. (2020); Wan et al. (2018) revelaram que a implementação de PMQC melhoraram os níveis de HbA1c das pessoas com DM incluídas nesses estudos. Neste sentido, foi essencial analisar como se situava este valor analítico nas pessoas com DM que efetuaram a CEPD.

Quanto à percentagem de clientes com diagnóstico de DM com valores de HbA1c < 8%, foi possível verificar que em todos os meses foi atingida a meta proposta: > 65%, percecionando que a maioria dos clientes com DM que frequentam a consulta de enfermagem apresentam valores de HbA1c inferior a 8%. Ainda tendo em conta os valores de HbA1c, verificámos que quanto à percentagem de clientes com valores de HbA1c igual ou superior a 8% em todos foi atingida a meta proposta: < 35%, percecionando que a minoria dos clientes com DM que frequentam a consulta de enfermagem apresentam valores de HbA1c inferior a 8%. Embora ainda não seja possível avaliar a transição deste resultado entre consultas, podemos verificar que na sua maioria os clientes que efetuaram a CEPD têm em média um índice de glicemia médio inferior a 183mg/dl e, de acordo com as recomendações da IDF (2017) para doentes com múltiplas

comorbilidades, como é o caso da nossa realidade, a maioria dos nossos clientes encontra-se dentro do objetivo estipulado para o controle glicémico.

Quanto à percentagem de clientes com DM que aderem ao regime terapêutico (tríade alimentação, exercício físico e medicação), através da análise dos resultados obtidos podemos verificar que não foi atingida a meta proposta: 40%. Verifica-se assim que as pessoas com DM que frequentam a CEPD têm uma baixa ART na sua tríade: regime alimentar, regime exercício físico e regime medicamentoso. Contudo quando é analisada apenas a adesão ao regime medicamentoso os resultados obtidos são substancialmente superiores aos resultados obtidos na adesão ao regime alimentar e exercício físico. Deverá continuar a existir, da parte da equipa de enfermagem, o encorajamento para melhorar a gestão do regime terapêutico da pessoa com DM, desenvolvendo estratégias que possibilitem a sua promoção e adesão. A gestão do regime terapêutico é considerada um comportamento da adesão que visa *"(...) executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária"* (CIE, 2015, p. 62).

Adicionalmente e relativamente à prática efetiva da documentação de enfermagem, verifica-se carência do desenvolvimento informático, já identificado e em aprovação pelo GIPE e direção de enfermagem, de diagnósticos de enfermagem específicos que explicitem o conhecimento e a capacidade da ART.

Segundo Cradock et al. (2017) e Oba et al. (2020) é fundamental compreender quais as causas para um mau controle glicémico, entre as quais se destacam: hábitos alimentares desadequados, a pouca atividade física e a baixa adesão à terapêutica medicamentosa. Desta forma, foi relevante analisar os resultados de cada um destes regimes em específico: regime alimentar, regime exercício físico e regime medicamentoso.

Quanto à percentagem de clientes com DM que aderem ao regime alimentar, apenas no mês de Fevereiro (44,4%) foi atingida a meta proposta: 40%. Nos restantes meses este resultado apresentou valores abaixo dos 36,4%. Existe uma necessidade urgente de articulação e referência para a consulta de nutrição, de forma a que as pessoas com DM efetuem a consulta com uma nutricionista experiente na área e a equipa de enfermagem consiga promover as recomendações da consulta de nutrição no decorrer da CEPD.

No que diz respeito à percentagem de clientes com DM que aderem ao regime exercício físico não foi atingida a meta proposta: 40%, sendo que os valores avaliados mensalmente foram inferiores a 27,9%. No campo do regime exercício físico está muitas vezes aliada a idade da pessoa com DM, as suas comorbilidades associadas e o seu nível de dependência que não foi tido em consideração. Contudo foi identificada a necessidade de desenvolver trabalho nesta área da sensibilização do exercício físico junto da equipa e da pessoa com DM. Podendo ser sugerida à direção de enfermagem o desenvolvimento de alguns momentos promotores de exercício físico, como é o caso das caminhadas em

grupo com o envolvimento da equipa de profissionais de saúde da consulta. Segundo Andrich et al. (2020) momentos formativos em grupo promovem a ART.

Por fim, quanto à percentagem de clientes com DM que aderem ao regime medicamentoso, foi atingida a meta proposta: 40%, em todos os meses, tendo esta sido superior a 60,5% e inferior a 76%. Através destes resultados, podemos verificar que a pessoa com DM/família tem uma preocupação acrescida com a administração da medicação prescrita. Sendo que, esta preocupação é partilhada pela equipa de enfermagem, visto que, aquando da realização do debate sobre os temas para as sessões de formação em serviço, os temas sugeridos pelos enfermeiros, estavam essencialmente relacionados com os antidiabéticos orais para a diabetes e com a terapêutica injetável para a diabetes e insulina.

De salientar que como projeto de melhoria continua, existe ainda um conjunto de propostas de melhoria ao projeto que ainda se encontram em execução. Como tal, existe a impossibilidade de avaliação, e como já foi referido encontra-se em linha de aprovação para integração no padrão documental em vigor, os diagnósticos de enfermagem relacionados com o conhecimento da ART sobre a DM. E embora já exista, um diagnóstico de enfermagem referente à “capacidade para melhorar a adesão”, devido a questões conceptuais da elaboração do processo de enfermagem, optou-se pela não monitorização deste indicador enquanto não forem efetivadas estas alterações.

Importa ainda referir que, de forma a alcançar uma linha orientadora para o planeamento, operacionalização e análise de resultados do projeto, optou-se pela metodologia segundo o ciclo PDCA. De acordo com Lodgaard et al. (2011), o ciclo PDCA é considerado um método de alto nível, de acordo com uma abordagem sistemática, simples e flexível com o propósito de alcançar a melhoria contínua da qualidade. A utilização desta metodologia possibilitou a procura sistemática para a solução da problemática em causa, estruturada de acordo com as suas quatro fases: *Plan* (Planear), *Do* (Executar), *Check* (Verificar), *Act* (Agir) (Moen et al., 2010; Gorenflo et al., 2012; OE, 2013).

No âmbito deste projeto é relevante refletir sobre as competências desenvolvidas no domínio da gestão tendo por base o “Regulamento nº101/2015 - Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor” (DR, 2015). Assim, foi possível desenvolver competências na implementação de processos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Tendo em conta este campo de competência do enfermeiro gestor, este é aquele que conceptualiza e operacionaliza os processos de melhoria contínua da qualidade dos serviços, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Segundo Dias (2014), os PMQC dos cuidados de enfermagem permitem questionar e refletir com base na evidência, acerca da nossa prática clínica, levando à sua mudança, através da identificação e descrição de um problema e do seu desvio relativo a um padrão de comparação que é pretendido alcançar. Neste sentido, foi de extrema importância o olhar crítico sobre os cuidados de enfermagem prestados na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes. E desta forma, reestruturar esta consulta

de enfermagem, seguindo as linhas orientadoras de implementação de um PMCQ dos cuidados, de acordo com o ciclo PDCA.

Tendo ainda em conta o “Regulamento nº101/2015 - Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor” (DR, 2015), ao nível da gestão operacional, foi possível desenvolver outros campos de competência do enfermeiro gestor. Como foi o caso da gestão de recursos humanos em função das necessidades de cuidados, da criação de um trabalho cooperativo e com articulação efetiva da equipa multidisciplinar, garantir a prática de enfermagem baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível, valorizar as competências da equipa, facilitando e promovendo processos formativos, avaliar o desempenho profissional dos enfermeiros, implementar auditorias internas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, promover o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem e garantir a documentação da prática clínica e a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização do presente PMQC dos cuidados de enfermagem revelou ter sido um desafio que promoveu não só o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, como também uma visão norteadora pela mudança e procura da melhoria de processos. Considerando o ímpeto para a mudança o fator chave para a melhoria da nossa prática profissional enquanto enfermeiros. E enquanto enfermeiros gestores, essa deverá ser sempre uma preocupação constante na senda da procura da qualidade dos cuidados, não só para a valorização da organização que representamos, como também para a valorização da profissão. Neste sentido, foi fundamental repensar os cuidados de enfermagem prestados na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes, emergindo este projeto, pela dificuldade sentida pelos enfermeiros da Unidade de Endocrinologia em promover a ART nesta consulta. Desta forma, foi possível situar no centro dos cuidados a pessoa com DM e sua família na promoção da ART na DM.

A pesquisa pela evidência científica através da realização de uma revisão *scoping* foi uma mais-valia que permitiu desenvolver competências no âmbito da investigação e participar de forma ativa através na sua divulgação no 11º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. E ao mesmo tempo, através da sua análise obter uma linha de pensamento mais clara sobre os benefícios da implementação de PMQC neste âmbito.

Desta forma, foi preponderante análise da evidência científica existente com a finalidade de proceder ao planeamento do projeto e de acordo com as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem neste contexto. De salientar que, devido à sua complexidade foi impreterível segmentar o seu planeamento e posterior operacionalização em duas fases. Neste sentido, numa 1ª fase, foi realizado um investimento junto da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com DM, consolidando estas duas dimensões, através da criação de ferramentas referentes à gestão e organização da consulta, dos recursos humanos e materiais necessários para o seu bom funcionamento, dos enfermeiros da equipa, do investimento em formação para consolidação de conhecimentos e dos fatores individuais da pessoa com DM/família. Numa 2ª fase, será realizado um investimento ao nível da intervenção ao nível do internamento da pessoa com DM, melhorando a referenciação para a consulta de enfermagem em regime de ambulatório.

Quanto à fase de operacionalização do projeto, esta foi substancialmente mais desafiante. Por diversas vezes foi necessário ajustar os *timings* para o desenvolvimento das atividades planeadas, este ajuste deveu-se em parte, pelo facto de estarmos a vivenciar um período de pandemia (Covid-19), originando uma alteração natural no funcionamento dos serviços e na organização das equipas. Tendo em conta estas particularidades, foi desenvolvida não só uma gestão eficaz quanto a estes aspetos, como também uma boa gestão dos recursos humanos.

De salientar que no seio de uma equipa pautada pelas elevadas taxas de rotatividade, foi essencial motivar para a mudança e para o interesse no desenvolvimento

profissional de uma área específica, onde até à data existia pouco investimento. E embora a equipa de enfermagem tenha reconhecido os benefícios da implementação do projeto e tenha-se manifestado entusiasmada, foi marcante a gestão de expectativas dos enfermeiros e das objeções no decorrer da operacionalização do projeto. A formação, a sustentação científica e o debate entre a equipa relevou ter sido uma mais valia, no combate às dúvidas e preocupações que foram surgindo no decorrer do processo. Existiu também um cuidado irrepreensível na qualidade dos cuidados prestados, colocando sempre a pessoa com DM e sua família no foco da atenção e nos objetivos primordiais do projeto. Tendo este fator em consideração, o reconhecimento da efetividade de consulta de enfermagem e a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE®, permitiu delinear uma linha orientadora para a melhoria continua dos processos.

De realçar o envolvimento da equipa de enfermagem, este foi um dos fatores decisivos para a implementação do projeto, revelando dinamismo, empenho e preocupação com a melhoria continua de processos. Durante este processo foi essencial refletir sobre o estilo de liderança a adotar durante o desenvolvimento do projeto, considerando a liderança em enfermagem um fator chave na conceção da mudança, do desenvolvimento profissional e organizacional e na manutenção de um ambiente de prática saudável. Tendo em conta as teorias de liderança existentes na literatura, considero ter me identificado no decorrer deste processo com o estilo de liderança transformacional. Segundo Marquis & Huston (2010) a liderança transformacional é baseada no carisma do líder, identificando valores em comum com a equipa e delegando responsabilidades nos seus elementos, ao mesmo tempo, demonstra envolvimento e criatividade, inspirando o outro com a sua visão, motivando o desempenho para além das suas expectativas através da capacidade de influenciar atitudes. Desta forma foi relevante a partilha do planeamento e operacionalização do projeto com o elemento dinamizador, com a finalidade de envolver, promover a partilha de responsabilidade e inspirar um dos enfermeiros de referência da consulta para difundir na restante equipa comportamentos de mudança, melhoria de processos e prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Para além do envolvimento da equipa de enfermagem, foi preponderante o envolvimento ativo da coordenação de enfermagem e equipa médica, e a articulação com outros elementos e grupos de trabalho do hospital, como foi o caso da CNIO, DOSI, GIPE e equipa de marketing. De forma a viabilizar a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE® foram realizadas diversas reuniões de trabalho com a finalidade de otimizar o sistema de informação utilizado no ambulatório, uma das propostas realizadas e que se encontra em linha de aprovação, é o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem específicos para a ART na DM, como é o caso do conhecimento sobre ART na DM e a capacidade para melhorar a ART na DM.

Neste sentido considera-se que o objetivo geral do projeto foi alcançado. Relativamente aos objetivos específicos, estes foram igualmente alcançados à exceção dos objetivos relacionados com o desenvolvimento do conhecimento e da capacidade da

gestão do regime terapêutico da pessoa com DM, estes objetivos ainda se encontram em desenvolvimento, devido ao facto de ainda não ser possível documentar, no processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem relacionados com o conhecimento sobre a ART na DM e a capacidade para melhorar a ART na DM. Este constrangimento foi identificado e encontra-se em aprovação pelo GIPE e Direção de Enfermagem.

Após a análise dos dados obtidos, através da monitorização de indicadores de qualidade de estrutura, processo e resultado, verificámos que, embora a nossa população apresente em maior percentagem, valores analíticos de HbA1c inferiores a 8%, ainda é preponderante o pensamento crítico sobre o desenvolvimento de estratégias que promovam a ART na DM. Nomeadamente quanto ao regime alimentar e regime exercício físico. Desta forma é possível obter uma linha orientadora para apostas futuras nos temas a considerar para o planeamento de formação em serviço e no desenvolvimento de estratégias orientadas para as necessidades individuais junto da pessoa com DM e sua família.

Seguramente estamos a dar continuidade a este projeto, procurando fomentar o interesse pelo desenvolvimento de novos desafios nesta área, envolvendo não só da equipa de enfermagem, como também da restante equipa multidisciplinar. No intuito de poder influenciar e inspirar outras equipas para o desenvolvimento deste tipo de projetos, consideramos pertinente apresentar à direção de enfermagem e restantes serviços do hospital o caminho percorrido durante as fases de implementação do PMQC e os resultados obtidos.

Relativamente às implicações para a investigação, no futuro seria importante desenvolver estudos sobre a ART da pessoa com DM através da implementação de PMQC em contexto português, promovendo o conceito de *benchmarking*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda;
- American Diabetes Association. (2021). *Standards of Medical Care in Diabetes*. Diabetes Care. Volume 44. Suplemento 1 (2014), S15-S33. Acedido a: 29 de Agosto de 2021. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S15;
- Andrich, D. & Foronda, C. (2020). *Improving glycemic control and quality of life with diabetes self-management education: A pilot project*. The Journal of Continuing Education in Nursing, 51(3), 119-123. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200216-06>;
- Caifang, C., Ling, W., Han-Lin, C., Wenfeng, C., Mijung, P. (2020). *Comparative efficacy of social media delivered health education on glycemic control: A meta-analysis*. International Journal of Nursing Sciences 7, 359-368. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.010>;
- Chan, J., Lim, L-L., Luk, A., Ozaki, R., Kong, A., Ma, R., So, W-Y., Lo, S-V. (2019). *From Hong Kong Diabetes Register to JADE Program to RAMP-DM for Data-Driven Actions*. Diabetes Care 2019;42:2022–2031. DOI: <https://doi.org/10.2337/dci19-0003>;
- Chaowalaksakun, P., Nantachaipan, P., Kunawiktikul, W., Panuthai, S., Kosachunhanun, N., Turale, S. (2016). *Action Research: Development of a Diabetes Care Model in a Community Hospital*. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2016; 20(2) 119-131. ISSN: 1906-8107;
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta;
- Correia, L., Boavida, J., Almeida, J., Anselmo, J., Ayala, M., Cardoso, M., Costa, A., Dores, J., Duarte, R., Ferreira, H., Medina, J., Nunes, J., Pereira, H. & Raposo, J. (2015). *Diabetes: factos e números 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Portugal. Sociedade Portuguesa de Diabetologia;
- Cradock, K., ÓLaighin, G., Finucane, F., Gainforth, H., Quinlan, L., Ginis, K. (2017). *Behaviour change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity (2017) 14:18. DOI: 10.1186/s12966-016-0436-0;
- Davies, M., Kristunas, C., Alshreef, A., Dixon, S., Eborall, H., Glab, A., Huddleston, L., Hudson, N., Khunti, K., Martin, G., Northern, A., Patterson, M., Pritchard, R., Schreder, S., Stribling, B., Turner, J., & Gray, L. (2019). *The impact of an intervention to increase uptake to structured self-management education for people with type 2 diabetes mellitus in primary care (the embedding package), compared to usual care, on glycemic control: study protocol for a mixed methods study incorporating a wait- list cluster randomized*

- controlled trial*. Family Practice, 20(1), 152-176. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1038-0>;
- Decreto-Lei nº 101/2015. (2015). *Diário da República, 2ª série - Nº 48* (10 de Março de 2015), 5948-5952;
- Deming W. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos;
- Despacho nº 9390/2021. (2021). *Diário da República, 2ª série - Nº 187* (24 de Setembro de 2021), 96-103;
- Dias, A, Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Revista do Instituto Politécnico de Viseu, 40 (2011), 201-219. ISSN 0873-3015;
- Dias, L. (2014). *Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. 2(1) P.39- 40. Acedido em 30 de Junho de 2021. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1529/1/Sistema%20de%20Melhoria%20Cont%C3%ADnua%20da%20Qualidade%20dos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf>;
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Prescrição e determinação da hemoglobina glicada A1c, Norma da Direção Geral da Saúde 033/2011*, Lisboa: Direção Geral de Saúde – DGS;
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Lisboa: DGS;
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press;
- Donnelly, P. & Kirk, P. (2015). *Use the PDSA model for effective change management*. Education for Primary Care, 26:4, 279-281. DOI: 10.1080/14739879.2015.11494356;
- Doran, D.; Mildon, B.; Clarke, S. (2011) *Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis*. Canadian Journal of Nursing Leadership, 24 (2), 38-57;
- International Diabetes Federation. (2017). *Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care*. Acedido em: 31 de Agosto de 2021. Disponível em: www.idf.org/managing-type2-diabetes;
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas*. 10ª Edição. Bruxelas, Bélgica. Acedido a: 22 de Março 2022. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>;
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: Institute of Medicine. Acedido a: 28 de Agosto de 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>;

- Instituto Português da Qualidade. (2015). *NP EN ISO 9001:2015 Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos*. 4ª Edição. Caparica: IPQ;
- Fallas, C., Pereira, K., Padilla, B., Felsman, I., Allen, S., & Preik, C. (2020). *Improving self-care management in low-income latinos with type 2 diabetes using peer-led U.S. conversation maps: A quality improvement project in a free clinic*. American Diabetes Association, 38 (3), 213-221. <https://doi.org/10.2337/cd19-0052>;
- Falvo, D. (2011). *Effective Patient Education: A Guide to Increased Adherence*. 4ª ed. Sudbury: Jones and Barlett Publishers. 494 p. ISBN 978-0-7637-6625-2;
- Fonseca, C. Ramos, A., Orta, A., Simões, A., Gonçalves, I., Coimbra, M., Lopes, P., Santos, V., Nunes, I. (2018). *Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na pessoa idosa com diabetes mellitus em ambulatório: revisão sistemática da literatura*. Journal of Aging & Innovation, 7 (1): 11 – 22. ISSN: 2182-6951;
- James, T. (2020). *Improving Referrals to Diabetes Self-Management Education in Medically Underserved Adults*. American Diabetes Association. DOI: <https://doi.org/10.2337/ds20-0001>;
- JCI. (2020). *JCI Accreditation Standards for Hospitals*. USA: 7th Edição. ISBN: 978-1-63585-149-6;
- Gilbert, J., Von, D., Broomer, M. E. (2017). *Organizational intellectual capital and the role of the nurse manager: A proposed conceptual model*. Nursing Outlook, Volume 65, Issue 6, 697-710. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.04.005>;
- Ginzburg T, Hoffman R., Azuri J. (2018). *Improving diabetes control in the community: A nurse managed intervention model in a multidisciplinary clinic*. Australian Journal of Advanced Nursing, 35(2): 23-30. Acedido a: 9 de Agosto 2021. Disponível em: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue2/3Ginzburg.pdf>;
- Gorenflo, G., Moran, J. (2012). *The ABCs of PDCA*. Public Health Quality Improvement Encyclopedia;
- Higgins, K., Atkins, H., James, J., Adlam, F., Setty, S., & Jarvis, J. (2020). *Transforming healthcare professional diabetes education to improve patient safety outcomes*. Journal of Diabetes Nursing, 24 (1), 1-6. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3b685c70-f49e-415a-b815-66ffb348954c%40redis>;
- Holtrop, J., Luo, Z., Piatt, G., Green, L., Chen, Q., & Piette, J. (2017). *Diabetic and Obese Patient Clinical Outcomes Improve During a Care Management Implementation in Primary Care*. Journal of Primary Care & Community Health, 8(4), 1-7. <https://doi.org/10.1177/2150131917715536>;
- Horta, C., Quaresma, M., Lucas, P. (2022). *Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes através da Implementação de Projeto de Melhoria Continua da Qualidade –*

- Revisão Scoping. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e678. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e678>;
- Leite, A., Claudino, H., Santos, S. (2009). *A Importância de Ser Ético: da Teoria à Prática na Enfermagem*. *Cogitare Enfermagem* 14(1):172-7. Acedido a: 30 de Agosto 2021. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/328057415.pdf>;
- Lim, L., Lau, E., Kong, A., Davies, M., Levitt, N., Eliasson, B., Aguilar-Salinas, C., Ning, G., Seino, Y., So, W., McGill, M., Ogle, G., Orchard, T., Clarke, P., Holman, R., Gregg, E., Gagliardino, J., & Chan, J. (2018). *Aspects of multicomponent integrated care promote sustained improvement in surrogate clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *Diabetes Care*, 41(6), 1312-1320. <https://doi.org/10.2337/dc17-2010>;
- Lodgaard, E., Aasland, K. (2011). *An Examination of the Application of Plan-Do-Check-Act Cycle in Product Development*. *Design Methods and Tools*, Part 2;
- Machado, M. (2009). Adesão ao Regime Terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros [em linha]. [Consultado em 27 de março de 2015]. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2009. Tese de Mestrado: Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9372>.
- Marinho, M., Fontbonne, A., Barbosa, J., Rodrigues, H., Carvalho, E., Souza, W., Cesse, E. (2017). *The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil*. *Primary Care Diabetes*. PDC-621. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.06.002>;
- Marquis, B., Huston, C. (2010). *Administração e liderança em enfermagem: Teoria e prática* (6ª edição). Porto Alegre: Artmed;
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Almeida M. de, Mendes, O. da S. & Santos, R. (2008). *Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? Pensar em Enfermagem*, vol. 12 (2). Acedido a: 11 Novembro 2022. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf;
- Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde – Versão Resumo*. Acedido a: 30 de Agosto de 2021. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>;
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde – Princípios Básicos*. Editora Manole, Brasil;
- Moen, R., Norman, C. (2010). *Circling Back – Clearing up Myths About the Deming Cycle and Seeing How it Keeps Evolving*. *Quality Progress*;
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Acedido a 30 de Agosto de 2021. Disponível em: [92](https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/po/RETC-</p></div><div data-bbox=)

CR/nr/rdonlyres/eoadxuvlkl3j6tmluuaa6ymdhqes33v6bhwjg6pxscq4nqiblht5xms
xmsdtrqv5xojh3ba3rhnan/BelmontEng.pdf;

- Nelson, C., Park, C., Gates, R., Arreguin, M., Salsa, T., Miller, H., & Manga, M. (2018). *Clinical and economic impact of an integrated care team model on targeted, high-risk medicare patients with type 2 diabetes*. Clinical Diabetes Online, 36(4), 313-318. <https://doi.org/10.2337/cd17-0071>;
- Nicklesa, D., Dolanskyb, M., Marekb, J., Burkec, K. (2019). *Nursing students use of teach-back to improve patients' knowledge and satisfaction: A quality improvement project*. Journal of Professional Nursing 8755-7223. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.08.005>;
- Nightingale, F. (1859). *Notas de enfermagem: o que é e o que não é*. Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez. 1989;
- Oba, N., Barry, C., Gordon, S., Chutipanyaporn, N. (2020). *Development of a Nurse-led Multidisciplinary Based Program to Improve Glycemic Control for People with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community Hospital, Thailand*. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2020; 24(3) 349-362. Acedido a: 20 de Agosto 2021. Disponível em: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/206447>;
- Oliveira, G., Almeida, A., Girão, A., & Aires de Freitas, C. (2016). *Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: revisão integrativa*. Revista Eletrónica de Enfermagem, 18. DOI:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.38691>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Acedido a: 30 de Junho de 2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Quadro de Referência para a Construção de Indicadores de Qualidade e Produtividade na Enfermagem*. Suplemento da Revista: Ordem dos Enfermeiros, nº13 Lisboa, p. 2-8;
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p. 1-16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido a: 30 de Junho de 2021. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião o %20para%20elaboração%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaboração%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf);
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. Acedido a: 29 de

Agosto de 2021. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CCodigoDeontologi.pdf>;

Orem, E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby;

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE). (2017). *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. Acedido a: 29 de Agosto 2021. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm>;

Organização Mundial Da Saúde. (2004). Adesão aos tratamentos a longo prazo. Provas para a ação. Em linha. Acedido a 30 de Agosto de 2021. Disponível em: <http://www.intro/chronic-conditions.com>;

Parand, A., Dopson, S., Renz, A., Vincent, C. (2014). *The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review*. BMJ Open, 4 (9), e005055. DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>;

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 103 p. ISBN 978-989-8269-17-1;

Potra, T.M.F.S (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Lisboa;

Queirós, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV – nº 3. DOI: 10.12707/RIV14081;

Raposo, J. (2020). *Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018*. Revista Portuguesa de Diabetes.2020;15(1):19-27;

Roldão, V.S. (1992). *Gestão de Projetos - Como gerir em tempo, custo e qualidade*. Lisboa: Monitor;

Rombo, J. (2019). *Guia para operacionalização do padrão documental na área de assistência adulto, mulher e criança*. Hospital Lusíadas Lisboa, Lisboa;

Silva, G., Góis, R., Almeida, D., Santos, T., Cantarino, M., Queirós, P., Amestoy, S. (2021). *Evidências sobre Modelos de Gestão em Enfermagens nos Serviços Hospitalares: Revisão Integrativa*. Acta Paulista de Enfermagem, 34. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02095>;

Sociedade Portuguesa De Endocrinologia, Diabetes E Metabolismo. *Grupo de Estudos da Diabetes Mellitus. Diabetes: uma abordagem global*. Algés: Euromédice, 2011. 331 p. ISBN 978-972-8749-93-4;

- Solar, L., Reguera, M., Gómez N., Borges, K. (2014). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Universidade de Ciências Médicas de Matanzas. Cuba;
- Taylor, M., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., Reed, J. (2013). *Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare*. BMJ quality & safety 0, pp. 1-9;
- Taylor, B., Bircher, J. (2016). *The Quality Improvement Toolkit for Diabetes Care*. Diabetes & Primary Care, Vol 18 N° 6. Acedido em: 9 de Agosto de 2021. Disponível em: <https://www.pcdsociety.org/resources/details/the-quality-improvement-toolkit-for-diabetes-care>;
- Torres, H., Pereira, F., Alexandre, L. (2011). *Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2*. Revista Escola de Enfermagem USP 45(5):1077-1082;
- Turner, S. (2010). *Ferramentas de Apoio à Gestão – guia essencial para o gestor de sucesso (1a ed.)*. Monitor – Projectos e Edições, Lda;
- Wan, E., Fung, C., Jiao, F., Yu, E., Chin, W., Fong, D., Wong, C., Chan, K., Kwok, R., Lam, C., & Chan, A. (2018). *Five-year effectiveness of the multidisciplinary risk assessment and management programme – diabetes mellitus (RAMP- DM) on diabetes-related complications and health service uses a population-based and propensity - matched cohort study*. Diabetes Care, 41(1), 49–59. <https://doi.org/10.2337/dc17-0426>;
- Webba, E., & Rheeder, P. (2017). *A cluster-randomized trial to estimate the effect of mobile screening and treatment feedback on HbA1c and diabetes-related complications in Tshwane primary health care clinics, South Africa*. Primary Care Diabetes, 11(6), 1751-9918. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.05.010>;
- World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization. Acedido a: 28 de Agosto 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/?sequence=1>;
- World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. Geneva. Acedido a: 8 de Agosto 2021. Disponível em: http://docs.dpaq.de/10605-diabetes_who_embargoed-who-global-report-on-diabetes.pdf;
- World Health Organization. (2021). *Noncommunicable Diseases*. Acedido a: 8 de Agosto 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>;
- Young, M. (2019). *Program Targeting Patients with Diabetes Reaches A1c Goals*. Relias Media. Acedido a: 20 de Agosto 2021. Disponível em:

<https://www.reliasmedia.com/articles/145014-program-targeting-patients-with-diabetes-reaches-a1c-goals;>

Zhu, D., Dwyer, J., & Ouyang, C-M. (2021). *Type 2 diabetes mellitus among Chinese elderly: current realities, challenges and next steps for treatment*. Nutrition Today, 56(3), 128-143.

https://journals.lww.com/nutritiontodayonline/Abstract/2021/05000/Type_2_Diabetes_Mellitus_Among_Chinese_Elderly_.7.aspx.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes através da
Implementação de Projetos de Melhoria Continua da Qualidade –
Revisão *Scoping*



Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes através da Implementação de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade – Revisão *Scoping*

Carina Horta, Graça Quaresma, Pedro Lucas

Resumo: Introdução: A diabetes *mellitus* é um dos grandes problemas de saúde global, mundialmente estimada como um dos quatro grupos de doenças crônicas responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade no grupo etário entre os 30 e os 69 anos de idade. A coordenação de cuidados na gestão do controle de sintomas e da redução do risco, com a finalidade de minimizar as complicações a longo-termo, requer uma imperativa estruturação e reestruturação de cuidados com o propósito de envolver não só a pessoa com diabetes, como também os profissionais de saúde, sendo pertinente pensar no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. **Objetivos:** Analisar a evidência científica acerca da adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes no âmbito de um projeto de melhoria contínua da qualidade. **Métodos:** Revisão *scoping* da literatura, com 3 etapas: 1) uma pesquisa inicial na CINAHL e MEDLINE; 2) uma pesquisa mais ampliada, utilizando as mesmas palavras-chave e termos de pesquisa, nas bases de dados restantes da plataforma EBSCOHost; 3) pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. O limite temporal selecionado abrangeu o período entre 2016 e 2021. **Resultados:** Foram incluídos 21 artigos; a maioria foram avaliações retrospectivas de programas de melhoria contínua da qualidade na área da diabetes *mellitus* em ambulatorio e ambiente hospitalar. **Conclusões:** A implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade na área da diabetes *mellitus*, desencadeia significativamente a adesão ao regime terapêutico à pessoa com diabetes *mellitus*, promovendo o autocuidado e o conhecimento e vivência da sua doença.

Palavras-chave: pacientes diabéticos; educação em diabetes; regime terapêutico; melhoria da qualidade; projeto de melhoria contínua da qualidade, revisão.

Adherence to Therapeutic Regimen for People with Diabetes Through the Implementation of Continuous Quality Improvement Projects – Scoping Review

Abstract: Introduction: Diabetes *mellitus* is one of the major global health problems, estimated worldwide as one of the four groups of chronic diseases responsible for the high mortality rates in the age group between 30 and 69 years of age. The coordination of care in the management of symptom control and risk reduction, in order to minimize long-term complications, requires an imperative structuring and restructuring of care in order to involve not only the person with diabetes, but also health professionals, and it is pertinent to think about the development of projects for continuous quality improvement programs. **Goals:** To analyze the scientific evidence about adherence to the therapeutic regimen of people with diabetes as part of a continuous quality improvement project. **Methods:** Scoping review, with 3 steps: 1) an initial search in CINAHL and MEDLINE; 2) a broader search, using the same keywords and search terms, in the remaining databases of the EBSCOHost platform; 3) search in the bibliographic references of selected articles. The selected time limit covered the period between 2016 and 2021. **Results:** 21 articles were included; most were retrospective evaluations of continuous quality improvement programs in the area of diabetes mellitus in an outpatient and hospital setting. **Conclusions:** The implementation of continuous quality improvement programs in the area of diabetes mellitus significantly improves the adherence to the therapeutic regimen for people with diabetes mellitus, promoting self-care, knowledge and experience of their disease.

Keywords: diabetic patients; diabetes education; therapeutic regimen; quality improvement; evaluation and quality improvement program; review.

1. Introdução

Mundialmente as doenças crónicas, são uma das principais causas de morte (41 milhões pessoas/ano), equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. Estima-se ainda que, anualmente, cerca de 15 milhões destas pessoas, se encontram entre os 30 e os 69 anos de idade. Os quatro grupos de doenças crónicas responsáveis por esta morte prematura, refletem-se nas doenças cardiovasculares (17,9 milhões), nas doenças oncológicas (9,3 milhões), nas doenças respiratórias (4,1 milhões) e na diabetes *mellitus* (DM) (1,5 milhões) (World Health Organization [WHO], 2021).

Atualmente, cerca de 9,3% da população em idade adulta (463 milhões), entre os 20 e os 79 anos de idade, vivem com DM (International Federation of Diabetes [IFD], 2019). Em 2018, a prevalência estimada da DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade foi de 13,6%. Significando assim, que mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem DM, dos quais 56% já diagnosticados e 44% ainda não diagnosticados (Raposo, 2020).

A DM reporta-se a uma desordem metabólica múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou na ação da insulina, ou de ambas (Correia et al., 2015). Assim, um mau controlo metabólico pode levar a múltiplas complicações, entre as quais, complicações do foro cardíaco e renal, aterosclerose, retinopatia diabética e neuropatia (WHO, 2016). Verificando-se a necessidade urgente de prevenir a DM, e melhorar a capacidade de autocontrolo dos níveis de glicose no sangue (Caifang et al., 2020).

A coordenação de cuidados na gestão do controlo de sintomas e da redução do risco, com a finalidade de minimizar as complicações a longo-termo, requer uma imperativa estruturação de cuidados com o propósito de envolver não só a pessoa com diabetes, como também os profissionais de saúde (Taylor & Bircher, 2016). É pertinente pensar no desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade (PMCQ) dos cuidados. A implementação deste tipo de projetos parte da identificação e respetiva descrição da problemática, do desvio em relação à norma ou em relação a um padrão de comparação que é pretendido alcançar, focalizadas por áreas de atenção da prática de Enfermagem (Dias, 2014; Pearson, 2019).

Assim, define-se como objetivo para a realização da presente revisão *scoping*: Analisar a evidência científica acerca da adesão ao regime terapêutico da pessoa com DM no âmbito de um PMCQ. E deste modo, pretende-se responder à seguinte questão de investigação: Como se caracteriza a adesão ao regime terapêutico (ART) da pessoa com DM no âmbito de um PMCQ?

2. Objetivo

Analisar a evidência científica acerca da ART da pessoa com DM no âmbito de um PMCQ.

3. Metodologia

Esta revisão *scoping* tem como *guidelines* a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para revisões *scoping* (Peters, 2015). O objetivo é analisar a evidência científica acerca da ART da pessoa com DM no âmbito de um PMCQ. A pergunta orientadora é: “Como se caracteriza a ART da pessoa com DM no âmbito de um PMCQ?” De acordo com o JBI, as análises *scoping* têm como objetivo fornecer um mapa do alcance da evidência disponível relativa a um período de tempo específico permitindo a identificação de questões para ajudar a promover a saúde e, no nosso caso, os cuidados de enfermagem baseados em evidências, aumentando o conhecimento, identificando lacunas e alertando para a necessidade de efetuar outras revisões sistemáticas (Peters, 2015).

Formulou-se a questão de revisão a partir da estratégia PCC, em que se considerou: População (P), a pessoa com DM; Conceito (C), a adesão ao regime terapêutico; Contexto (C), todos os contextos.

Foram incluídos na revisão *scoping* estudos que: a) quanto ao tipo de participantes, abordem pessoas com DM; b) quanto ao conceito, abordem a ART; c) quanto ao contexto, abordem todos os contextos (cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalar); d) quanto ao tipo de estudos, abordem estudos quantitativos e qualitativos.

Os estudos quantitativos incluíram desenhos transversais, retrospectivos, de validação psicométrica, randomizados e não-randomizados, enquanto os qualitativos foram descritivos, associados a um desenho quantitativo. Já as revisões sistemáticas da literatura foram meta-análises.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar tanto estudos publicados quanto não publicados. Utilizaram-se três etapas de pesquisa. A primeira etapa foi desenvolvida na CINAHL e MEDLINE, com uma análise das palavras-chave contidas nos títulos e nos resumos. Na segunda etapa, numa pesquisa mais ampla, foram utilizadas as mesmas palavras-chave e termos de pesquisa, nas bases de dados da plataforma EBSCOHost. Na terceira etapa, identificaram-se novos estudos mediante pesquisa nas referências bibliográficas de todos os artigos incluídos. Esta revisão limitou-se a estudos publicados em inglês e português. Foi definido limite temporal, os artigos obtidos estão limitados ao período de 2016 a 2021, período este estabelecido de forma a obter a evidência científica mais recente, considerando que o período de cinco anos é um elo essencial entre os resultados da pesquisa em saúde e a tomada de decisão em saúde baseada em evidências (Brooker et al., 2019).

A pesquisa foi efetuada nas seguintes fontes: CINAHL; MEDLINE; Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews; Scientific Electronic Library Online (SciELO).

As palavras-chave utilizadas inicialmente em inglês foram: *Diabetic Patients AND Diabetes Education OR Patient Education OR Self-management OR Therapeutic Regimen OR Therapeutic Adherence AND Quality Improvement OR Evaluation and Quality Improvement Program*. Consideraram-se os termos de pesquisa no resumo.

A relevância dos artigos foi examinada por dois revisores independentes. Os artigos completos foram considerados para os estudos que continham os critérios de inclusão desta revisão. Se existisse alguma dúvida na análise dos resumos sobre a relevância desse estudo, obtinham-se os artigos na íntegra, sendo posteriormente analisados de forma independente. Para resolver eventuais divergências entre revisores, recorreu-se a discussão entre os dois revisores. Nos casos em que não existiu consenso, recorremos ao terceiro revisor.

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão, recorrendo-se a uma tabela de extração dos resultados, de acordo com o objetivo e a pergunta da revisão e segundo a metodologia de revisões *scoping* do JBI (Peters, 2015). A tabela de extração encontra-se organizada pelos seguintes dados: Título; Autor(es); Ano de publicação; País; Objetivos; Desenho do estudo; População em estudo/Tamanho da amostra/Participantes; Contexto; Conceito(s) relevantes da questão de revisão/Instrumento(s) de medida; Principais resultados.

Segundo as orientações de Levac, Coquhoun & O'Brien (2010), os dados foram obtidos sem discordância entre os revisores, que não consideraram necessidade de contatar ou solicitar aos autores primários informações/esclarecimentos sobre os dados, de acordo com Arksey & O'Malley (2005).

A Figura 1 especifica os resultados das etapas da análise, seguindo o modelo PRISMA *Flow Diagram* (Moher et al., 2009).

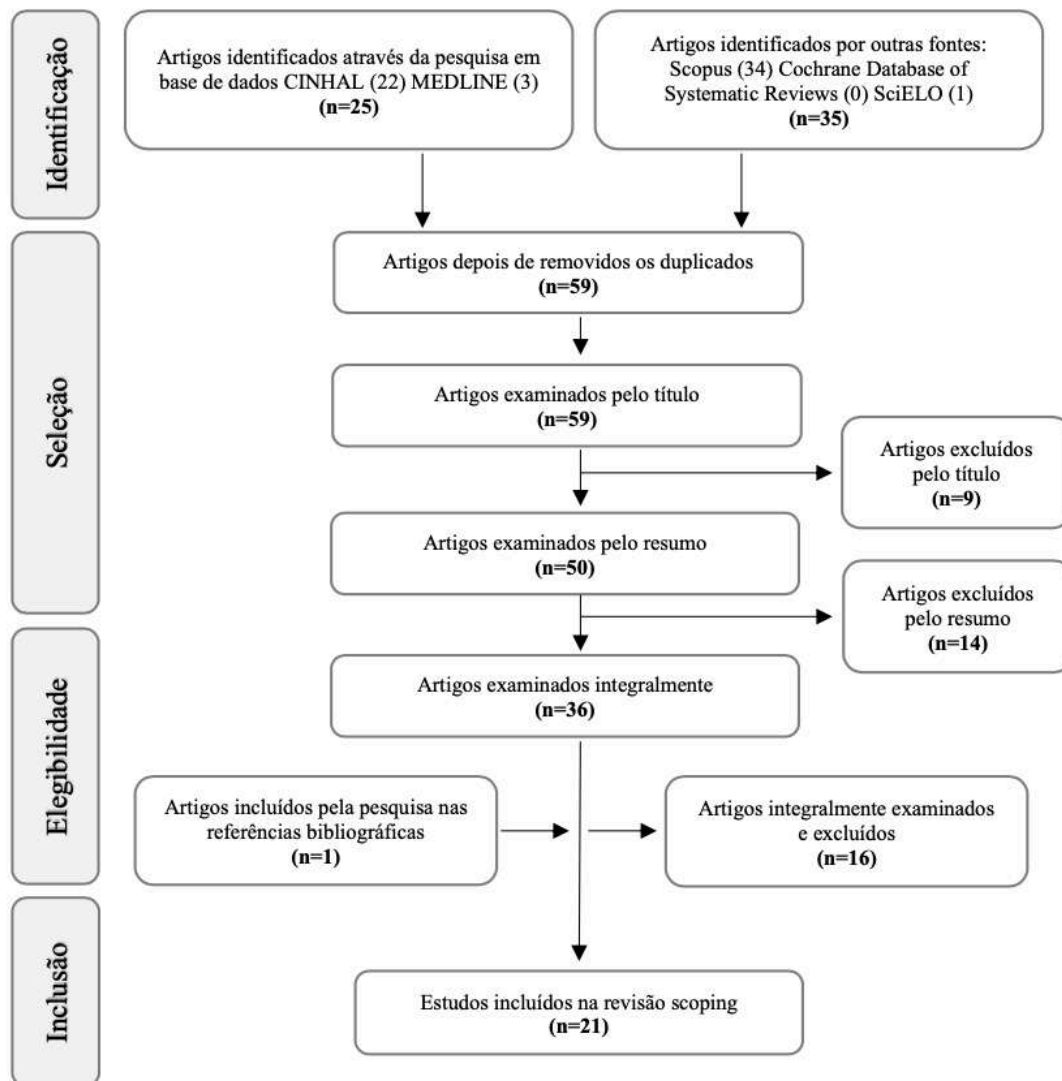


Figura 1: Diagrama de PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos.

4. Resultados

Após a remoção dos artigos duplicados (Moher et al., 2009), identificaram-se 59 estudos para seleção da revisão. Um total de 36 artigos cumpria os critérios de inclusão com base na verificação dos títulos e dos resumos. Uma vez obtidos os artigos de texto completo, estes foram lidos e examinados, 21 cumpriram os critérios de inclusão, dos quais 12 são análises retrospectivas da implementação de PMCQ.

Importa referir quais as publicações de maior frequência, após análise dos artigos selecionados, nos diferentes continentes. Assim temos, o continente Americano, representado pelos Estados Unidos (9 publicações) e o Brasil (1 publicação) apresentou o maior número de publicações, com 48%. Seguidamente, a Ásia, nomeadamente a China (5 publicações) e a Tailândia (2 publicações), com 33%. A Europa, representada pelo Reino Unido (2 publicações) e pela Irlanda (1 publicação), 14%. Finalmente, o continente Africano representado pela África do Sul (1 publicação), com 5%.

Das 21 publicações elegíveis para inclusão na revisão *scoping*, 57% foram avaliações retrospectivas (AR) de PMCQ; 14% foram estudos randomizados (ER); e as restantes publicações foram: 3 revisões sistemática da literatura (RSL) com meta-análise (14%), 1 estudo não randomizado (ENR) (5%), 1 estudo de corte (EC) (5%), 1 estudo qualitativo (EQ) (5%).

Três publicações restringiram-se ao ambiente hospitalar (14%), enquanto que as restantes (86%) foram em regime de ambulatório e/ou em cuidados de saúde primários.

Tabela 1: Artigos incluídos na Revisão *Scoping*.

Título	Autor(es) / Ano / País	Objetivo	Desenho de Estudo
Action Research: Development of a diabetes care model in a community hospital	Chaowalaksakun, P., Nantachaipan, N., Kunawiktikul, W., Panuthai, S., Kosachunhanun, N., Turale, S. (2016) (Tailândia)	Desenvolver um modelo de cuidados ao doente diabético num hospital comunitário.	EQ
Diabetic and obese patient clinical outcomes improve during a care management implementation in primary care	Holtrop, J., Luo, Z., Piatt, G., Green, L., Chen, Q., Piette, J. (2018) (Estados Unidos)	Implementar um modelo de cuidados baseado no autocuidado nos CSP.	ER
Behavior change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis	Cradock, K., ÓLaighin, G., Finucane, F., Gainforth, H., Quinlan, L., Ginis, K. (2017) (Irlanda)	Identificar técnicas de mudança de comportamento e características de intervenções dietéticas e de atividade física, para pacientes com diabetes tipo 2 que estão associadas a alterações na HbA1c e ao peso corporal.	RSL - meta-análise
A cluster-randomized trial to estimate the effect of mobile screening and treatment feedback on HbA1c and diabetes-related complications in Tshwane primary health care clinics	Webba, E., Rheeder, P. (2017) (África do Sul)	Avaliar o efeito de uma revisão de especialistas através de um plano individualizado no controle do paciente, na mudança da HbA1c. Determinar se uma unidade móvel de triagem aumentaria a proporção de pacientes rastreados para controle glicêmico e lipídico e complicações diabéticas, em comparação com as diretrizes padrão.	ER
The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil	Marinho, M., Fontbonne, A., Barbosa, J., Rodrigues, H., Carvalho, E., Souza, W., Cesse, E. (2017) (Brasil)	Avaliar os resultados de uma intervenção estruturada nos CSP - melhorar o autocontrole da diabetes tipo 2.	ENR
Aspects of multicomponent integrated care promote sustained improvement in surrogate clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis	Lim, L., Lau, E., Kong, A., Davies, M., Levitt, N., Eliasson, N., Aguilar-Salinas, B., Ning, G., Seino, Y., Yee So, W., McGill, M., Ogle, G., Orchard, T., Clarke, P., Holman, R., Gregg, E., Gagliardino, J., Chan, J. (2018) (China)	Analisar a eficácia sustentada nos cuidados integrados multicomponentes (modelo de cuidados crónicos) na diabetes tipo 2.	Meta-análise
Supporting transitions in care for older adults with type 2 diabetes mellitus and obesity	Whitehouse, C., Sharts-Hopko, N., Smeltzer, S., Horowitz, D. (2018) (Estados Unidos)	Comparar os resultados de idosos com diabetes tipo 2 e obesidade após a participação numa intervenção de cuidados de transição que incluiu educação para o autocuidado da diabetes e o apoio domiciliário.	AR
Five-year effectiveness of the multidisciplinary risk assessment and management programme—diabetes mellitus (RAMP-DM) on diabetes-related complications and health service uses a population-based and propensity-matched cohort study	Wan, E., Fung, C., Jiao, F., Yu, E., Chin, W., Fong, D., Wong, C., Chan, K., Kwok, R., Lam, C., Chan, A. (2018) (China)	Avaliar a eficácia de um Programa multidisciplinar de avaliação e autocontrole de risco-diabetes em pacientes nos CSP com diabetes tipo 2.	EC
Clinical and economic impact of an integrated care team model on targeted, high-risk medicare patients with type 2 diabetes	Nelson, C., Park, C., Gates, R., Arreguin, M., Salsa, T., Miller, H., Manga, M. (2018) (Estados Unidos)	Reduzir a percentagem de pacientes com diabetes com HbA1c >8,0%	AR
Improving diabetes control in the community: A nurse managed intervention model in a multidisciplinary clinic	Ginzburg, T., Hoffman, R., Azuri, J. (2018) (Estados Unidos)	Avaliar as medidas de gestão e controle da diabetes numa clínica multidisciplinar central de CSP, conduzida por uma enfermeira.	AR
Nursing students use of teach-back to improve patients'	Nicklesa, D., Dolansky, M., Marekb, J., Burke, K. (2019)	Implementação do método <i>teach-back</i> por estudantes de enfermagem num PMCQ para	AR

Título	Autor(es) / Ano / País	Objetivo	Desenho de Estudo
knowledge and satisfaction: A quality improvement project	(Estados Unidos)	melhorar o conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos e a satisfação.	
Comparative efficacy of social media delivered health education on glycemic control: A meta-analysis	Chen, C., Wang, L., Chi, H., Chen, W., Park, M. (2019) (China)	Comparar os resultados associados à educação do paciente sobre controle glicêmico via <i>chat</i> em grupo <i>versus</i> educação habitual do paciente com diabetes.	RSL - meta-análise
From Hong Kong diabetes register to JADE program to RAMP-DM for data-driven actions	Chan, J., Lim, L., Luk, A., Ozaki, R., Kong, A., Ma, R., So, W., Lo, S. (2019) (China)	Utilização de um protocolo estruturado para colher dados para estratificar risco, triagem de cuidados, capacitar pacientes, e individualizar o tratamento.	AR
The diabetes educator's evolving role	Pearson, T., Bardsley, J., Weiner, S., Kolb, L. (2019) (Estados Unidos)	Descrever o movimento de saúde da população e as oportunidades para os educadores em diabetes, na educação no autocuidado em diabetes, bem como as etapas para o seu envolvimento e conduzir novos modelos de cuidados para demonstrar o valor individual e organizacional.	Perspectiva da prática clínica
Program targeting patients with diabetes reaches A1c goals	Young, M. (2019) (Estados Unidos)	Implementação de um programa realizado por uma equipa multidisciplinar na redução de HbA1c	AR
The impact of an intervention to increase uptake to structured self-management education for people with type 2 diabetes mellitus in primary care (the embedding package), compared to usual care, on glycaemic control: study protocol for a mixed methods study incorporating a wait- list cluster randomised controlled trial	Davies, M., Kristunas, C., Alshreef, A., Dixon, S., Eborall, H., Glab, A., Huddleston, L., Hudson, N., Khunti, K., Martin, G., Northern, A., Patterson, M., Pritchard, R., Schreder, S., Stribling, B., Turner, J., Gray, L. (2019) (Reino Unido)	Reduzir a HbA1c em pacientes com diabetes tipo 2 através do aumento da captação e atendimento, em comparação com os cuidados habituais.	ER
Improving referrals to diabetes self-management education in medically underserved adults	James, T. (2020) (Estados Unidos)	Determinar se um protocolo eletrônico de referência em educação em diabetes usando o "Diabetes Self-Management Education and Support for Adults With Type 2 Diabetes: Algorithm of Care" (DSMES) e o protocolo de treino aumenta a proporção de pacientes adultos com diabetes tipo 2.	AR
Development of a nurse-led multidisciplinary based program to improve glycemic control for people with uncontrolled diabetes mellitus in a community hospital, Thailand	Oba, N., Barry, C., Gordon, S., Chutipanyaporn, N. (2020) (Tailândia)	Compreender as causas da glicemia descontrolada em pessoas com diabetes; desenvolver um programa para melhorar o controle glicêmico entre pessoas com diabetes não controlada usando, uma abordagem multidisciplinar e implementar e avaliar a eficácia do programa desenvolvido.	AR
Improving glycemic control and quality of life with diabetes self-management education: A pilot project.	Andrich, D., Foronda, C. (2020) (Estados Unidos)	Melhorar o controle glicêmico (avaliado por HbA1c ou glicemia de jejum) e a qualidade de vida de pacientes do Medicare com 65 anos ou mais com diabetes tipo 2 usando o DSME.	AR
Improving self-care management in low-income latinos with type 2 diabetes using peer-led U.S. conversation maps: A quality improvement project	Fallas, C., Pereira, K., Padilla, B., Felsman, I., Allen, S., Preik, C. (2020) (Estados Unidos)	Determinar se a implementação do programa DSME de Mapas de Conversas de Interações Saudáveis, culturalmente sensíveis com educadores para latinos com diabetes tipo 2 numa clínica de	AR

Título	Autor(es) / Ano / País	Objetivo	Desenho de Estudo
Transforming healthcare professional diabetes education to improve patient safety outcomes	Higgins, K., Atkins, H., James, J., Adlam, F., Setty, S., Jarvis, J. (2020) (Reino Unido)	saúde comunitária, de forma a melhorar a autoeficácia avaliada pela escala Estilo de Vida Self. Descrever o conteúdo de um <i>kit</i> de estratégias educacionais e discutir a acessibilidade para profissionais de saúde.	AR
Type 2 diabetes mellitus among chinese elderly: Current realities, challenges and next steps for treatment	Zhu, D., Dwyer, J., Ouyang, C. (2021) (China)	Melhorar a triagem da pessoa com diabetes tipo 2 e acompanhamento.	AR

5. Discussão

O objetivo desta revisão *scoping* foi analisar a evidência científica acerca da ART da pessoa com DM no âmbito de um PMCQ. Para responder a essa questão, foram incluídos 18 estudos primários. Tendo sido relevante incluir revisões sistemáticas, dizer que apenas três, incidiam no contexto de cuidados desta revisão, sendo estas meta-análises (Chen et al., 2019; Cradock et al., 2017; Lim et al., 2018). A revisão de Chen et al. (2019) compara os resultados associados à ART sobre o controle glicêmico através da intervenção em grupo *versus* a educação ao regime terapêutico realizado à data em pessoas com DM na China. A revisão de Lim et al. (2018) analisa a eficácia sustentada da implementação de um modelo integrado constituído por múltiplas componentes no tratamento da DM tipo 2, baseado no Modelo de Cuidados Crónicos (MCC). Já a revisão de Cradock et al. (2017) identifica as técnicas de mudança de comportamento e as características das intervenções do foro dietético e de atividade física para pessoas com DM tipo 2, que estão associadas à alteração do valor laboratorial de hemoglobina glicada (HbA1c) e de peso corporal. Essas revisões da literatura examinaram a evidência científica com objetivos distintos, mas nenhuma versa sobre o tema da presente revisão *scoping*. Assim, consideramos de elevada abrangência mundial a evidência nela apresentada.

A educação e o suporte para o autocuidado da DM no momento do diagnóstico, e a atualização da educação em DM são consideradas intervenções fulcrais para a ART e, consequentemente, atingir as metas glicêmicas e conviver com as vivências relacionadas com o dia a dia da doença (James, 2020; Wan et al., 2018; Zhu et al. 2021). As pessoas com DM, que não participam em programas de educação, têm quatro vezes mais probabilidades de desenvolver complicações relacionadas com a DM (James, 2020). Uma das principais razões para a sua não adesão a este tipo de intervenções, é a falta de informação e a falta de referenciação por parte de outros profissionais de saúde (James, 2020). Assim, de forma a prevenir complicações relacionadas com a DM, é essencial focalizar a atenção na melhoria de acesso a programas de educação sobre a DM, e implementar estratégias de encaminhamento que visam pacientes com baixa estabilidade glicémica (James, 2020; Marinho et al., 2017).

Os PMCQ devem de ilustrar modelos de melhoria que associem as mudanças de processo, baseadas em intervenções de enfermagem alicerçadas pela evidência científica mais recente, com os resultados obtidos na pessoa com DM, traduzidos em benefícios de saúde para as mesmas (Nicklesa et al., 2019). Com a implementação deste tipo de iniciativas é essencial ter o apoio da liderança de enfermagem e médica, envolver os profissionais que irão ajudar na sua concretização, promover o apoio da equipa multidisciplinar e o envolvimento da equipa na sua formação, garantir a consistência em todos os materiais desenvolvidos, assegurar o *feedback* da equipa e à equipa, e demonstrar abertura para a adaptação de materiais e das estratégias desenvolvidas (Higgins et al., 2020; Oba et al., 2020). Os PMCQ integrados em ambiente clínico são considerados métodos relevantes para aumentar os ganhos em saúde da pessoa com DM (Nicklesa et al., 2019).

Nos PQCQ, o enfermeiro é percecionado como um elemento dinamizador entre a equipa multidisciplinar (Ginzburg et al., 2018; Oba et al., 2020). Desenvolver cuidados de saúde em parceria, entre a equipa, permite motivar as mudanças no estilo de vida da pessoa com DM e diminuir a fragmentação e a duplicação de cuidados entre os diversos profissionais de saúde (Andrich & Foronda, 2020; Chaowalaksakun et al., 2016; Ginzburg et al., 2018; Oba et al., 2020). A estrutura da equipa deve ser aquela em que nenhuma hierarquia é estabelecida, e o valor de cada elemento seja manifestamente reconhecido por todos (Wan et al., 2018).

A mudança de estilo de vida e a ART, requerem um comprometimento da autodisciplina de cariz vitalício da parte da pessoa com DM (Chaowalaksakun et al., 2016; Lim et al., 2018). Os profissionais de saúde devem estabelecer um plano individual após uma avaliação estruturada, alicerçado em objetivos específicos para a pessoa com DM e promover a responsabilização pelo seu autocuidado (Chan et al., 2019; Chaowalaksakun et al., 2016; Young, 2019). Este plano individual deve corroborar uma abordagem holística da pessoa com DM, tendo em conta não só a abordagem médica da doença, como também os recursos financeiros, o ambiente social, a literacia, as ideias culturais e as suas preferências (Nelson et al., 2018).

É assim, fundamental, compreender quais as causas para um mau controle glicémico, entre as quais se destacam: a baixa adesão à terapêutica medicamentosa, hábitos alimentares desadequados, pouca atividade física e elevados níveis de stresse (Cradock et al., 2017; Oba et al., 2020). A educação para a saúde deve, assim, ser baseada nestas temáticas: autogestão da terapêutica medicamentosa, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico regular e gestão dos níveis de stresse (Cradock et al., 2017; Chaowalaksakun et al., 2016; Oba et al., 2020; Wan et al., 2018; Young, 2019). Devendo ainda ser abordados temas como a iniciação e a titulação de insulina, e desenvolvidas estratégias como o aconselhamento por telefone/*follow-up*, a educação em grupo ou individualizada, a avaliação de enfermagem e o apoio aos familiares e/ou cuidadores informais, encaminhamento para outras especialidades médicas (Andrich & Foronda, 2020; Chan et al., 2019; Chaowalaksakun et al., 2016; Fallas et al., 2020).

Para além dos modelos tradicionais de educação para a saúde face a face, viabilizar a mesma através das novas tecnologias (via telefone/informática) permite uma autogestão glicémica significativamente superior, facilitando a compreensão dos participantes sobre o regime terapêutico, proporcionando a motivação para cumprir as recomendações quanto ao autocuidado e diminuindo as barreiras geográficas entre a sua morada de residência e as unidades de saúde (Chen et al., 2019; Davies et al., 2019).

O controle precoce da DM é um dos fatores mais importantes para a gestão dos fatores de risco, prevenindo o desenvolvimento de complicações associadas à DM (Wan et al., 2018). Os resultados dos PMCQ incluem a melhoria dos níveis de HbA1C (Andrich & Foronda, 2020; Ginzburg et al., 2018; Holtrop et al., 2017; Lim et al., 2018; Oba et al., 2020; Wan et al., 2018) e dos níveis de colesterol (Ginzburg et al., 2018; Webba & Rheeder, 2017), redução da incidência doença cardiovascular (Ginzburg et al., 2018; Wan et al., 2018; Webba & Rheeder, 2017) e das complicações microvasculares (Wan et al., 2018), redução das taxas de reinternamento (Lim et al., 2018; Oba et al., 2020; Wan et al., 2018) e diminuição das taxas de mortalidade (Wan et al., 2018).

A introdução de estratégias educacionais em DM para os profissionais de saúde envolvidos, traduzem-se em melhorias significativas no atendimento à pessoa com DM (Higgins et al., 2020; Holtrop et al., 2017). Estas estratégias devem ser constituídas por uma abordagem multidisciplinar e ser baseadas na aquisição de conhecimentos sobre fisiopatologia da doença, avaliação global da pessoa com DM, desenvolvimento de estratégias de mudança comportamental e melhoria do autocuidado, conhecimento sobre os recursos da comunidade (Ginzburg et al., 2018; Holtrop et al., 2017; Marinho et al., 2017).

6. Considerações Finais

Esta revisão permite examinar a evidencia científica acerca da ART da pessoa com DM no âmbito de um PMCQ.

Os PMCQ devem ilustrar modelos de melhoria que associem as mudanças de processo, baseadas em intervenções de enfermagem alicerçadas pela evidência científica mais recente, com os resultados obtidos na pessoa com DM, traduzidos em benefícios de saúde para as mesmas. Os PMCQ integrados em ambiente de prática clínica são considerados métodos relevantes para aumentar os ganhos em saúde da pessoa com DM. Desenvolver cuidados de saúde em rede e na equipa, permite motivar as mudanças no estilo de vida da pessoa com DM e diminuir a fragmentação e a duplicação de cuidados entre os diversos profissionais de saúde.

A educação e o suporte para o autocuidado da DM no momento do diagnóstico, e a atualização constante da educação para a saúde em DM são consideradas intervenções essenciais para a ART e, consequentemente atingir as metas glicémicas e conviver com o dia a dia da doença.

A educação para a saúde deve ser baseada na: autogestão da terapêutica medicamentosa, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico regular, gestão dos níveis de stresse e iniciação e a titulação de insulina. E igualmente devem ser desenvolvidas estratégias como o aconselhamento por telefone/*follow-up*, a educação em grupo ou individualizada, a avaliação de enfermagem, o apoio aos familiares e/ou cuidadores informais e o encaminhamento para outras especialidades médicas.

Os resultados dos PMCQ incluem a melhoria dos níveis de HbA1C e de colesterol, redução da incidência da doença cardiovascular e das complicações microvasculares, redução das taxas de reinternamento e diminuição das taxas de mortalidade.

Apesar dos resultados interessantes que a presente revisão *scoping* concedeu, esta apresenta algumas limitações. A investigação analisada tem-se debruçado na repercussão dos resultados analíticos face às intervenções da equipa multidisciplinar. Para estudos futuros é importante abordar os resultados das intervenções da equipa de saúde face aos resultados qualitativos na adesão ao regime terapêutico (tríade regime medicamentoso, alimentar e exercício físico) da pessoa com DM.

7. Referências

- Andrich, D. & Foronda, C. (2020). Improving glycemic control and quality of life with diabetes self-management education: A pilot project. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(3), 119-123. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200216-06>.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
- Caifang, C., Ling, W., Han-Lin, C., Wenfeng, C., & Mijung, P. (2020). Comparative efficacy of social media delivered health education on glycemic control: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 359-368. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.010>.
- Chan, J., Lim, L.-L., Luk, A., Ozaki, R., Kong, A., Ma, R., So, W.-Y., & Lo, S.-V. (2019). From Hong Kong diabetes register to JADE program to RAMP-DM for data-driven actions. *Diabetes Care*, 42(11), 2022–2031. <https://doi.org/10.2337/dci19-0003>.
- Chaowalaksakun, P., Nantachaipan, P., Kunawiktikul, W., Panuthai, S., Kosachunhanun, N., & Turale, S. (2016). Action research: Development of a diabetes care model in a community hospital. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(2), 119-131. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/23912>.
- Chen, C., Wang, L., Chi, H.-L., Chen, W., & Park, M. (2019). Comparative efficacy of social media delivered health education on glycemic control: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 359-368. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.010>.
- Correia, L., Boavida, J., Almeida, J., Anselmo, J., Ayala, M., Cardoso, M., Costa, A., Dores, J., Duarte, R., Ferreira, H., Medina, J., Nunes, J., Pereira, H. & Raposo, J. (2015). *Diabetes: factos e números 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Portugal*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Cradock, K., ÓLaighin, G., Finucane, F., Gainforth, H., Quinlan, L., & Ginis, K. (2017). Behavior change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(18), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0436-0>.
- Brooker, J., Synnot, A., McDonald, S., Elliott, J., Turner, T., Hodder, R., Weeks, L., Ried, J., MacLehose, H., Akl, E., Kahale, L., Hilton, J., Flemyng, E., Lasserson, T., Tomas, J., Skoetz, N., Clark, J., Featherstone, R & Noel-Storr, A. (2019). Living Evidence Network. Guidance for the production and publication of Cochrane living systematic reviews: Cochrane reviews in living mode 2019. https://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/inline-files/Transform/201912_LSR_Revised_Guidance.pdf.
- Davies, M., Kristunas, C., Alshreef, A., Dixon, S., Eborall, H., Glab, A., Huddleston, L., Hudson, N., Khunti, K., Martin, G., Northern, A., Patterson, M., Pritchard, R., Schreder, S., Stribling, B., Turner, J., & Gray, L. (2019). The impact of an intervention to increase uptake to structured self-management education for people with type 2 diabetes mellitus in primary care (the embedding package), compared to usual care, on glycemic control: study protocol for a mixed methods study incorporating a wait-list cluster randomized controlled trial. *Family Practice*, 20(1), 152-176. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1038-0>.

- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40. <http://hdl.handle.net/10400.10/1529>.
- Fallas, C., Pereira, K., Padilla, B., Felsman, I., Allen, S., & Preik, C. (2020). Improving self-care management in low-income latinos with type 2 diabetes using peer-led U.S. conversation maps: A quality improvement project in a free clinic. *American Diabetes Association*, 38 (3), 213-221. <https://doi.org/10.2337/cd19-0052>.
- Fonseca, C. Ramos, A., Orta, A., Simões, A., Gonçalves, I., Coimbra, M., Lopes, P., Santos, V., & Nunes, I. (2018). Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na pessoa idosa com diabetes mellitus em ambulatório: revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7 (1), 11 – 22. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-idoso-diabetes.pdf>.
- Ginzburg T, Hoffman R., & Azuri J. (2018). Improving diabetes control in the community: A nurse managed intervention model in a multidisciplinary clinic. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 23-30. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue2/3Ginzburg.pdf>.
- Higgins, K., Atkins, H., James, J., Adlam, F., Setty, S., & Jarvis, J. (2020). Transforming healthcare professional diabetes education to improve patient safety outcomes. *Journal of Diabetes Nursing*, 24 (1), 1-6. <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3b685c70-f49e-415a-b815-66ffb348954c%40redis>.
- Holtrop, J., Luo, Z., Piatt, G., Green, L., Chen, Q., & Piette, J. (2017). Diabetic and Obese Patient Clinical Outcomes Improve During a Care Management Implementation in Primary Care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(4), 1–7. <https://doi.org/10.1177/2150131917715536>.
- International Federation of Diabetes. (2019). *IDF Diabetes Atlas* (9^a ed.). <https://www.diabetesatlas.org>.
- James, T. (2020). Improving referrals to diabetes self-management education in medically underserved adults. *American Diabetes Association*, 34(1), 20-26. <https://doi.org/10.2337/ds20-0001>.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Science*, 5(69), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>.
- Lim, L., Lau, E., Kong, A., Davies, M., Levitt, N., Eliasson, B., Aguilar-Salinas, C., Ning, G., Seino, Y., So, W., McGill, M., Ogle, G., Orchard, T., Clarke, P., Holman, R., Gregg, E., Gagliardino, J., & Chan, J. (2018). Aspects of multicomponent integrated care promote sustained improvement in surrogate clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 41(6), 1312-1320. <https://doi.org/10.2337/dc17-2010>.
- Marinho, M., Fontbonne, A., Barbosa, J., Rodrigues, H., Carvalho, E., Souza, W., & Cesse, E. (2017). The impact of an intervention to improve diabetes management in primary healthcare professionals' practices in Brazil. *Primary Care Diabetes*, 11(6), 538-545. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.06.002>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 8(5), 336-341. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>.
- Nelson, C., Park, C., Gates, R., Arreguin, M., Salsa, T., Miller, H., & Manga, M. (2018). Clinical and economic impact of an integrated care team model on targeted, high-risk medicare patients with type 2 diabetes. *Clinical Diabetes Online*, 36(4), 313-318. <https://doi.org/10.2337/cd17-0071>.
- Nicklesa, D., Dolansky, M., Marek, J., & Burkes, K. (2019). Nursing students use of teach-back to improve patients' knowledge and satisfaction: A quality improvement project. *Journal of Professional Nursing*, 36(2), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.08.005>.
- Oba, N., Barry, C., Gordon, S., & Chutipanyaporn, N. (2020). Development of a nurse-led multidisciplinary based program to improve glycemic control for people with uncontrolled diabetes mellitus in a community hospital, Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(3), 349-362. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/206447>.
- Oliveira, G., Almeida, A., Araújo Girão, A., & Aires de Freitas, C. (2016). Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18, 1-11. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.38691>.
- Pearson, T., Bardsley, J., Weiner, S., & Kolb, L. (2019). The diabetes educator's evolving role. *American Association of Diabetes Educators*, 45(4), 333-348. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31232222>.

- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal Evidence Based Health*, 13(3), 141–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26134548>.
- Raposo, J. (2020). Diabetes: Factos e números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15(1), 19-27. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2020/05/RPD-Março-2020-Revista-Nacional-págs-19-27.pdf>.
- Taylor, B., & Bircher, J. (2016). The quality improvement toolkit for diabetes care. *Diabetes & Primary Care*, 18(6), 264-266. <https://www.pcdsociety.org/resources/details/the-quality-improvement-toolkit-for-diabetes-care>.
- Torres, H., Pereira, F., & Alexandre, L. (2011). Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 45(5), 1077-1082. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500007>.
- Wan, E., Fung, C., Jiao, F., Yu, E., Chin, W., Fong, D., Wong, C., Chan, K., Kwok, R., Lam, C., & Chan, A. (2018). Five-year effectiveness of the multidisciplinary risk assessment and management programme – diabetes mellitus (RAMPD-M) on diabetes-related complications and health service uses a population-based and propensity - matched cohort study. *Diabetes Care*, 41(1), 49–59. <https://doi.org/10.2337/dc17-0426>.
- Webba, E., & Rheeder, P. (2017). A cluster-randomized trial to estimate the effect of mobile screening and treatment feedback on HbA1c and diabetes-related complications in Tshwane primary health care clinics, South Africa. *Primary Care Diabetes*, 11(6), 1751-9918. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.05.010>.
- World Health Organization (2016). Global report on diabetes. http://docs.dpaq.de/10605-diabetes_who_embargoed-who-global-report-on-diabetes.pdf.
- World Health Organization (2021). Noncommunicable Diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Young, M. (2019). Program targeting patients with diabetes reaches A1c goals. *Relias Media*. <https://www.reliasmedia.com/articles/145014-program-targeting-patients-with-diabetes-reaches-a1c-goals>.
- Zhu, D., Dwyer, J., & Ouyang, C-M. (2021). Type 2 diabetes mellitus among Chinese elderly: current realities, challenges and next steps for treatment. *Nutrition Today*, 56(3), 128-143. https://journals.lww.com/nutritiontodayonline/Abstract/2021/05000/Type_2_Diabetes_Mellitus_Among_Chinese_Elderly_7.aspx.

Carina Horta

Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR),
Nursing School of Lisbon, Portugal
Hospital Lusíadas Lisboa, Lisbon, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0003-3184-3281>
✉ carinahorta@hotmail.com

Graça Quaresma

Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR),
Nursing School of Lisbon, Portugal
Centro Hospital Lisboa Central, Lisbon, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0001-8567-0983>
✉ graca.quaresma@chlc.min-saude.pt

Pedro Lucas

Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR),
Nursing School of Lisbon, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0002-2560-7306>
✉ prlucas@esel.pt

Data de submissão: 02/2022

Data de avaliação: 04/2022

Data de publicação: 07/2022

APÊNDICE 2

Etapas identificadas por Heather Palmer para a avaliação da
qualidade

Etapas identificadas por Heather Palmer para a avaliação da qualidade
(OE, 2013)

ART da pessoa com diabetes em idade adulta: Implementação de PMCQ	
<i>CHECK-LIST PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE</i>	
Identificação das dimensões em estudo	As dimensões em estudo prendem-se com a efetividade e a adequação técnico científica, no sentido em que se procurará otimizar os cuidados de enfermagem prestados, para a melhoria das competências dos clientes com DM, no que respeita à gestão do regime terapêutico. Provendo assim, a aumento dos níveis de confiança e a satisfação no cliente com DM na sua rotina diária.
Unidades de estudo	As unidades de estudo utilizadas na avaliação serão os clientes com DM, que frequentem a CEPD de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa. A <u>1ª fase</u> do projeto será desenvolvida entre Outubro de 2021 a Dezembro de 2022; a <u>2ª fase</u> do projeto será desenvolvida entre Janeiro 2023 e Junho 2023.
Tipos de dados	Serão identificados e utilizados indicadores que nos dão uma métrica para avaliarmos o desenvolvimento do projeto numa 1ª fase como sejam: • <u>indicadores de estrutura</u>, uma vez que serão avaliados os atributos dos recursos existentes, entre eles os materiais e os humanos; • <u>indicadores de processo</u>, sendo que será avaliada a formação efetuada e serão realizadas auditorias à aplicação da norma de funcionamento revista no processo de enfermagem; • <u>indicadores de resultado</u>, através da avaliação das concentrações séricas – doseamento de marcadores bioquímicos (HbA1c) e do relato do cliente/familiares/cuidadores informais. • Avaliação da percentagem de clientes que aderem ao regime terapêutico (tríade regime alimentar, regime prática de exercício físico e regime medicamentoso)
Fonte dos dados	Os dados serão colhidos através: • do processo de enfermagem no âmbito da CEPD; • resultados das auditorias ao processo de enfermagem à monitorização da norma orientadora desenvolvida.

Critérios de avaliação	<u>Critérios implícitos</u>: Inclui todos os clientes que recorrem à CEPD da Unidade de Endocrinologia de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa. <u>Critérios explícitos</u>: todas as situações em que seja identificada a necessidade de realizar Acompanhamento <i>-Follow-up</i> de enfermagem.
Quem colhe os dados e como	A colheita de dados será realizada pelos elementos dinamizadores do projeto através de reuniões e auditorias.
Relação temporal	Avaliação retrospectiva efetuada de 6 em 6 meses.
Definição da população e seleção da amostra	<u>Base populacional</u> : a amostra é constituída pelos clientes com DM que recorrem à Consulta de Diabetes da Unidade de Endocrinologia de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa.
Quais as medidas corretivas passíveis de serem usadas	Serão utilizadas estratégias promotoras de medidas educacionais e comportamentais como sessões de educação para a saúde, formação aos enfermeiros do serviço responsáveis pela CEPD, e medidas estruturais que se referem à introdução de novos procedimentos.

Recursos necessários

A implementação do projeto exigiu a participação de recursos humanos (intervenientes do projeto), bem como a utilização de recursos materiais e físicos que serão listados na seguinte tabela:

Humanos	Materiais	Físicos
Coordenadora do serviço;	Papel;	Sala para realização de reuniões e formações.
Coordenadora do projeto;	Computador;	
Enfermeiros que exercem funções na equipa da Unidade de Endocrinologia.	Impressora.	

APÊNDICE 3

Plano de atividades planejado / Plano de atividades realizado

[illegible]

APÊNDICE 4

Apresentação projeto “Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com
Diabetes – Implementação de Projeto de Melhoria Continua da
Qualidade”

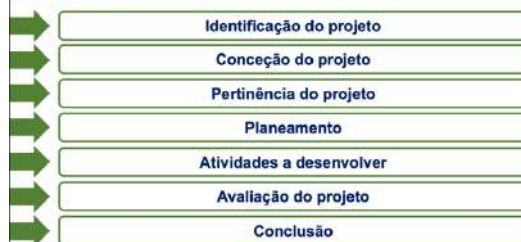
Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes

- Desenvolvimento de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade-

Enfª Carina Horta
Docente Orientadora: Profª Maria Graça Quaresma

Lisboa | 2021

ÍNDICE



CONCEPÇÃO DO PROJETO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

"(...) identificação e descrição da situação problemática, do desvio em relação à norma ou em relação a um padrão de comparação que é pretendido alcançar, focalizadas por áreas de atenção da prática de Enfermagem (...)" (Dias, 2014, p. 40)

- O enfermeiro é percecionado como um elemento dinamizador entre a equipa multidisciplinar nos PMQ. (Günzburg, Hoffman & Azari, 2018; Ota et al, 2020)
- Desenvolver cuidados de saúde colaborativos entre a equipa, permite motivar as mudanças no estilo de vida da pessoa com DM e diminuir a fragmentação e a duplicação de cuidados entre os diversos profissionais de saúde. (Chowdhurysum et al, 2016; Günzburg, Hoffman & Azari, 2018; Andrew, Foronda et al, Ota et al, 2020)
- A estrutura da equipa deve de ser aquela em que nenhuma hierarquia é estabelecida, e o valor de cada elemento seja manifestamente reconhecido por todos. (Wan et al, 2018)

PERTINÊNCIA DO PROJETO

Mundialmente as doenças crónicas, são uma das principais causas de morte, metade dessas pessoas com idade inferior a 70 anos.

(WHO, 2016 citado por Ferreira et al, 2018)

9,3% Das pessoas em idade adulta (463 milhões de indivíduos), entre os 20 e os 79 anos, vivem com diabetes *mellitus*.

(International Diabetes Federation, 2019)

13,6% Em 2018 a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,6%.

+ 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes, dos quais 56% já diagnosticados e 44% ainda não diagnosticados.

(Brazuca, 2020)

PERTINÊNCIA DO PROJETO

A educação e o suporte para o autocuidado da DM no momento do diagnóstico, e a atualização da educação em DM são consideradas intervenções fulcrais para a adesão ao regime terapêutico e, consequentemente, atingir as metas glicémicas e conviver com as vivências relacionadas com o dia a dia da doença.

(Wan et al, 2018; James, 2020; Zhu, Dwyer, Ouyang, 2021)

As pessoas com DM, que não participam programas de educação, têm quatro vezes mais probabilidades de desenvolver complicações relacionadas com a DM.

(James, 2020)

RAZÕES PARA A NÃO ADESAO:

Falta de informação + Falta de referência

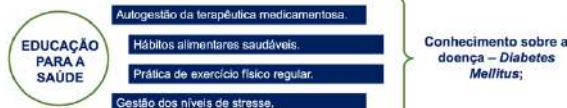
(James, 2020)

Para prevenir complicações relacionadas com a DM, é essencial focalizar a atenção na melhoria de acesso a programas de educação sobre a DM, e implementar estratégias de encaminhamento que visam pacientes com baixa estabilidade glicémica (21, 34), (Moreno et al, 2017; James, 2020)

PERTINÊNCIA DO PROJETO

Os profissionais de saúde devem estabelecer um plano individual após uma avaliação estruturada, alicerçada em objetivos específicos para a pessoa com DM e promover a responsabilização pelo seu autocuidado.

(Chowdhurysum et al, 2016; Chan et al, 2015; Young, 2019)



(Cradock et al, 2017; Wan et al, 2018; Nickless et al 2018; Young, 2019; Ota et al, 2020)

PERTINÊNCIA DO PROJETO



PLANEAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

FINALIDADE

Desenvolver um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, na consulta de enfermagem, promovendo a adesão ao regime terapêutico da pessoa com DM em idade adulta.

OBJETIVO GERAL

Promover a adesão do regime terapêutico da pessoa com diabetes em idade adulta, na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes de um hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

PLANEAMENTO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a adesão ao regime terapêutico à pessoa com diabetes em idade adulta;
- Identificar as necessidades de formação em serviço da equipa multidisciplinar no contexto deste projeto;
- Desenvolver instrumentos/ferramentas de suporte facilitadores da adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes em idade adulta;
- Desenvolver a conhecimento da pessoa com diabetes para a gestão do regime terapêutico;
- Desenvolver a capacidade da pessoa com diabetes para a gestão do regime terapêutico;

[illegible]

CONCLUSÃO

Os PMQC devem de ilustrar **modelos de melhoria** que associem as mudanças de processo, baseadas em **interações de enfermagem** alicerçadas pela evidência científica mais recente, com os resultados obtidos na pessoa com DM, traduzidos em **benefícios de saúde** para as mesmas. Os PMQC integrados em ambiente clínico são considerados métodos relevantes para **aumentar os ganhos em saúde** da pessoa com DM.

A educação e o suporte para a **melhoria do autocuidado** na pessoa com DM **inicia-se no momento do diagnóstico**, e a atualização constante da educação para a saúde em DM são consideradas **intervenções essenciais para a adesão ao regime terapêutico** e, consequentemente atingir as metas glicêmicas e conviver com o dia a dia da doença.

A educação para a saúde deve ser baseada na: **autogestão da terapêutica medicamentosa, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercício físico regular, gestão dos níveis de stress e iniciação e a titulação de Insulina.**

[illegible]

APÊNDICE 5

Norma de funcionamento “Consulta de Enfermagem à Pessoa com
Diabetes”

1. Objetivo

- Uniformizar as intervenções dos enfermeiros na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes (CEPD), com particular ênfase na área da educação para a saúde ao cliente com diabetes.
- Facilitar a integração de novos elementos de enfermagem que integrem a consulta.

2. Intervenientes

Enfermeiros prestadores de cuidados ao cliente diabético.

3. Definições

A diabetes *mellitus* (DM) reporta-se a uma desordem metabólica múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou na ação da insulina, ou de ambas ⁽³⁾. Assim, um mau controlo metabólico pode levar a múltiplas complicações, entre as quais, complicações do foro cardíaco e renal, aterosclerose, retinopatia diabética e neuropatia ⁽¹³⁾. Neste sentido, pode verificar-se a necessidade urgente de prevenir a DM, e melhorar a capacidade de autocontrolo dos níveis de glicose no sangue ⁽²⁾.

Atualmente, cerca de 9,3% da população em idade adulta (463 milhões), entre os 20 e os 79 anos de idade, vivem com DM ⁽⁸⁾. Em 2018, a prevalência estimada da DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade (7,7 milhões) foi de 13,6%; o que significa que mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes, dos quais 56% já diagnosticados e 44% ainda não diagnosticados ⁽¹¹⁾.

O autocontrolo bem-sucedido da DM, requer uma mudança abrangente e contínua do estilo de vida, e a monitorização contínua de determinados parâmetros, como por exemplo, os níveis de açúcar no sangue ⁽²⁾. Assim, a educação para a saúde dirigida para a prevenção e controlo da DM visa alcançar melhorias no autocuidado, associado a hábitos alimentares saudáveis, à adesão da prática de atividade física e à promoção da saúde, bem como disponibilizar informação sobre a fisiopatologia da doença, sinais, sintomas e suas complicações ^(5;12).

Existem quatro tipos clínicos de diabetes etiológicamente distintos, entre os quais ⁽¹⁾:

- Diabetes Tipo 1 (geralmente leva à deficiência absoluta de insulina, incluindo diabetes autoimune latente da idade adulta);

- Diabetes Tipo 2 (perda progressiva da secreção adequada de insulina das células β frequentemente no contexto da resistência à insulina);
- Diabetes Gestacional (diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez que não era claramente diabetes evidente antes da gestação);
- Tipos Específicos de Diabetes Devido a Outras Causas (síndromes de diabetes monogénicas, doenças do pâncreas exócrino e diabetes induzido por terapêutica, como o uso de glucocorticoides).

Consulta de enfermagem - “É uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” ⁽¹⁰⁾ com o objetivo de capacitar o cliente (doente e/ou cuidador) a atingir a máxima capacidade de cuidado e/ou autocuidado.

Consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes (CEPD) - Consulta de enfermagem que tem como principal foco de atenção a gestão e vigilância do controlo metabólico, prevenção, tratamento e manutenção das comorbilidades associadas ao seu descontrolo.

CEPD (com consulta médica) - Consulta de enfermagem de diabetes que antecede a consulta médica do cliente diabético. Pode, por vezes, ser complementada após a consulta médica, consoante as necessidades identificadas. A consulta de enfermagem de diabetes tem a duração de 20 minutos.

Consulta de enfermagem de *Follow-Up* – Consulta de enfermagem de diabetes presencial ou por telefone que tem como principal foco de atenção a gestão e vigilância do controlo metabólico através da vigilância da adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente a gestão da terapêutica medicamentosa com insulina e/ou autovigilância dos níveis de açúcar no sangue (glicemia capilar/intersticial). Igualmente podem ser também clarificadas dúvidas acerca da alimentação do diabético ou do exercício físico. Envolvendo todas as dimensões do regime terapêutico (medicação; alimentação e prática de exercício físico).

3.1. Clientes alvo

Clientes com diagnóstico clínico de diabetes *mellitus* tipo 1, diabetes *mellitus* tipo 2 ou outros tipos específicos de diabetes.

Clientes com risco acrescido de desenvolvimento de diabetes: excesso de peso ($IMC \geq 25$) ou obesidade ($IMC \geq 30$) , obesidade central ou visceral (perímetro abdominal ≥ 94 cm no género masculino e ≥ 80 cm no género feminino), idade ≥ 45 anos (raça caucasiana), ≥ 35 anos se de outras raças, estilo de vida sedentário, história familiar de diabetes em primeiro grau e diabetes gestacional prévia, hiperglicemia intermédia prévia, doença cardiovascular prévia (doença cardíaca isquémica,

Revisão n.º 02	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
----------------	------------	-----------	-------------

doença cerebrovascular, doença arterial periférica), hipertensão arterial TA $\geq$ 130/80 mmHg, dislipidemia, consumo de fármacos que predisponham à diabetes. (Ministério da Saúde, 2012).

3.2 Cuidados e serviços disponíveis

Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes (CEPD)

Vigilância do pé diabético (inserida na consulta de enfermagem de diabetes)

Tratamento de feridas (pé diabético)

Ecaminhamento para outras especialidades

Acompanhamento – Follow-up à Pessoa com Diabetes

3.3 Estrutura física e equipamento

Gabinete de Consulta com equipamento informático;

Sala de Tratamentos de Enfermagem;

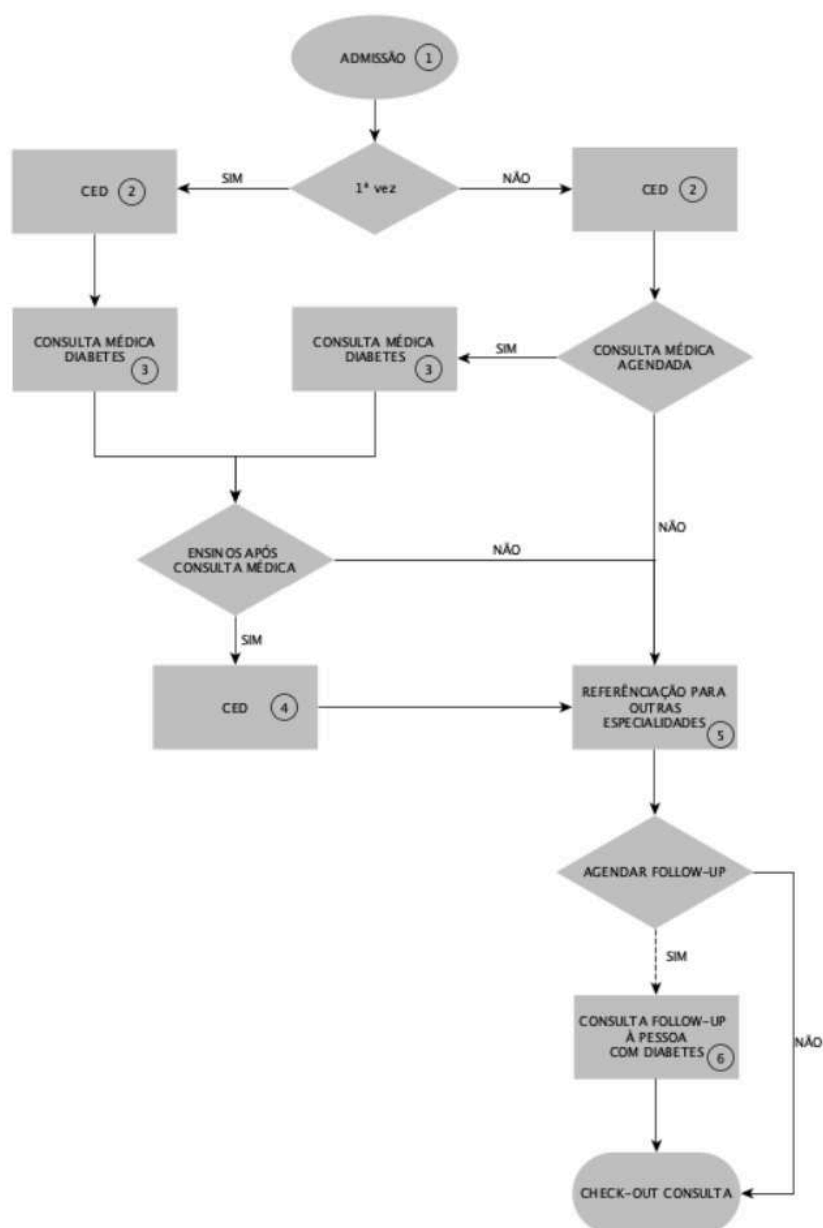
Equipamentos específicos: esfigmomanómetro, balança, craveira, fita métrica, glicómetro com avaliação de cetonemia, monofilamento 10 gramas, diapasão, equipamento para avaliação de hemoglobina A1c, eco doppler portátil, material para tratamento de feridas.

3.4 Horário de funcionamento

As consultas são marcadas entre as 8h e as 19h em dias úteis.

A equipa de enfermagem assegura o apoio nos dias úteis entre as 8 e as 20h de forma presencial, por telefone ou correio eletrónico (enfermagem.diabetes.lisboa@lusiadas.pt).

4. Fluxograma



5. Norma de Funcionamento

FLUXOGRAMA	ACÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ACÇÃO	REGISTOS
1	Admissão / Identificação Consulta médica - A admissão é realizada em sistema informático "Consulta de Diabetes". Consulta de Enfermagem - A admissão é realizada em sistema informático "Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes" / "Consulta de Enfermagem de Follow-Up à pessoa com diabetes". A identificação é realizada pelos 2 primeiros e 2 últimos nomes e data de nascimento. (ver procedimento – IPSG.1)	Administrativo Auxiliar de Acção Médica Enfermeiro Médico	Aplicação Interna Gestão Hospitalar
2	"Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes" Registo de atividades diagnósticas, diagnósticos e intervenções de enfermagem.	Enfermeiro	PCE Enfermagem Web
3	Consulta Médica	Médico	PCE
4	"Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes" Registo de diagnósticos e intervenções de enfermagem.	Enfermeiro	PCE Enfermagem Web
5	Referência a outras especialidades:	Médico Enfermeiro	PCE Enfermagem Web

	Medicina Interna, Endocrinologia, Nutrição, Psicologia, Psiquiatria, Neurologia, Oftalmologia, Nefrologia, Consulta da Dor, Cardiologia, Urologia, Ginecologia e Obstetria, PMA, Dermatologia, Angiologia e C. Vascular, C. Plástica, C. Geral, Gastroenterologia, Ortopedia, Podologia.		
6	Acompanhamento - Follow Up à Pessoa com Diabetes <i>Follow up</i> presencial ou por contacto telefónico. Agendadamento: - entre 3 a 7 dias após o início de terapêutica injetável para a diabetes e/ou insulinoterapia; - necessidade de reajuste de unidades de insulina a administrar no domicílio; - necessidade de validação dos ensinos efetuados – regime terapêutico; - validação dos diagnósticos de enfermagem; - necessidade de <i>follow-up</i> verificada pelo enfermeiro/médico;	Enfermeiro	PCE Enfermagem Web

6. Referências

Revisão n.º 02	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:

- (1) American Diabetes Association. (2021). *Standarts of Medical Care in Diabetes – 2021*. Diabetes care, volume 44, issue suplement_1. Acedido a: 23 Dezembro 2021. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/issue/44/Supplement_1;
- (2) Caifang, C., Ling, W., Han-Lin, C., Wenfeng, C., Mijung, P. (2020). *Comparative efficacy of social media delivered health education on glycemic control: A meta-analysis*. International Journal of Nursing Sciences 7, 359-368. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.010>;
- (3) Correia, L., Boavida, J., Almeida, J., Anselmo, J., Ayala, M., Cardoso, M., Costa, A., Dores, J., Duarte, R., Ferreira, H., Medina, J., Nunes, J., Pereira, H. & Raposo, J. (2015). *Diabetes: factos e números 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Portugal. Sociedade Portuguesa de Diabetologia;
- (4) Direção Geral de Saúde. (2011). *Norma: diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. Acedido a: 23 Dezembro 2021. Disponível em: <https://nocs.pt/diagnostico-classificacao-diabetes-mellitus/>;
- (5) Ginzburg T, Hoffman R., Azuri J. (2018). *Improving diabetes control in the community: A nurse managed intervention model in a multidisciplinary clinic*. Australian Journal of Advanced Nursing, 35(2): 23-30. Disponível em: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue2/3Ginzburg.pdf>;
- (6) International Diabetes Federation. (2017). *IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care*. Acedido a: 23 Dezembro 2021. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html>;
- (7) International Diabetes Federation. (2017). *IDF Practice Recommendations on the Diabetic Foot*. Acedido a: 23 Dezembro 2021. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/119-idf-clinical-practice-recommendations-on-diabetic-foot-2017.html>;
- (8) International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas*. 9a Edição. Bruxelas, Bélgica. Acedido a: 30 de Junho 2021. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>;
- (9) JCI. (2020). *JCI Accreditation Standards for Hospitals*. USA: 7th Edição. ISBN: 978-1-63585- 149-6;
- (10) Ordem dos enfermeiros. (2013). *Parecer MCEESIP 13 / 2013*. Acedido a: 20 Novembro 2021. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_13_2013_Competencias_Especialistas_SIP_vs_gerais.pdf;
- (11) Raposo, J. (2020). *Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018*. Revista Portuguesa de Diabetes.2020;15(1):19-27;
- (12) Torres, H., Pereira, F., Alexandre, L. (2011). *Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2*. Revista Escola de Enfermagem USP 45(5):1077-1082;

⁽¹³⁾ World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. Geneva. Disponível em: http://docs.dpaq.de/10605-diabetes_who_embargoed-who-global-report-on-diabetes.pdf;

7. Anexos

Anexo I – Guião “Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes”

Anexo II – Guião “Acompanhamento - *Follow-up* à Pessoa com Diabetes”

Anexo III – Documentação no processo de enfermagem.

8. Revisões

Revisão	Data	Natureza da Alteração
--	--	--

Anexo I – Guião “Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes”

**- 1ª CONSULTA -
AVALIAÇÃO INICIAL**

- Nome
- Idade
- Profissão e escolaridade
- Ocupação atual
- Aceitação / compreensão do estado de saúde
- Agregado familiar (apoio da família, vizinhos, amigos)
- Antecedentes familiares
- Antecedentes pessoais
- Saúde oral (apenas se existirem alterações)
- Quantidade e qualidade do sono (apenas se existirem alterações)
- Alergias
- Terapêutica atual e conhecimento

AVALIAÇÃO ESPECÍFICA

- Data do diagnóstico de Diabetes.
- Terapêutica atual e conhecimento.
- Objetivos estabelecidos na última consulta.
- Autocontrolo: nº de avaliações, glicómetro, livro de registos, outros.
- Glicómetro: observação de técnica de auto-avaliação da glicemia capilar, troca de agulha, verificação das médias, confirmação de valores, verificação do estado do equipamento e ajuste de data/hora.
- Livro de registos: valores máximos e mínimos, hipoglicemias, hiperglicemias.
- Insulinoterapia: observar técnica de administração, troca de agulha, horários, avaliação dos locais de administração, conservação e armazenamento da insulina.
- Observação pé diabético: classificar o nível de risco (baixo risco/médio risco/alto risco/muito alto risco), inspeção periódica dos pés das pessoas com diabetes *mellitus* bem como de calçado e meias consoante o nível de risco (baixo risco – exame anual/ médio risco – exame semestral/alto risco – a cada 1 a 3 meses/muito alto risco – em todas as consultas) ⁽⁷⁾, estratificação do risco de ulceração, educação dos clientes e familiares, utilização de meias e calçado adequado, tratamento de lesões ulceradas e não ulceradas.

Revisão n.º 02	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:
----------------	------------	-----------	-------------

- CONSULTAS SEGUINTES -

AVALIAÇÃO INICIAL

- Nome, idade, ocupação, agregado familiar
- Terapêutica atual e conhecimento

AVALIAÇÃO ESPECÍFICA

- Objetivos estabelecidos na última consulta.
- Autocontrolo: nº de avaliações, glicómetro, livro de registos, outros.
- Glicómetro: observação de técnica de auto-avaliação da glicemia capilar, troca de agulha, verificação das médias, confirmação de valores, verificação do estado do equipamento e ajuste de data/hora.
- Livro de registos: valores máximos e mínimos, hipoglicemias, hiperglicemias.
- Insulinoterapia: observar técnica de administração, troca de agulha, horários, avaliação dos locais de administração, conservação e armazenamento da insulina.
- Observação pé diabético: classificar o nível de risco (baixo risco/médio risco/alto risco/muito alto risco), inspeção periódica dos pés das pessoas com diabetes *mellitus* bem como de calçado e meias consoante o nível de risco (baixo risco – exame anual/ médio risco – exame semestral/alto risco – a cada 1 a 3 meses/muito alto risco – em todas as consultas) ⁽⁷⁾, estratificação do risco de ulceração, educação dos clientes e familiares, utilização de meias e calçado adequado, tratamento de lesões ulceradas e não ulceradas.

CUIDADOS PRESTADOS

- TA e FC (comparação se sistólica < 140 mmHg ou diastólica < 90 mmHg)
- HgA1c (comparação)
- Glicémia
- Avaliação do peso (comparação)
- Avaliação da altura
- Cálculo do Índice de Massa Corporal (comparação)
- Avaliação do Perímetro Abdominal
- Avaliação da pele
- Avaliação dos membros inferiores
- Tratamento de Feridas

AVALIAÇÃO CONTÍNUA

- Hábitos alimentares (nº de refeições, fracionamento, horas de jejum)
- Estilo de vida
- Avaliação do conhecimento sobre:
 - O que é a diabetes (**Folheto – O que é a diabetes?**)
 - Terapêutica antidiabética oral

- Autocontrolo na Diabetes
 - Avaliação e registo de glicémias (**Folheto – Autovigilância da Glicemia**)
 - Insulinoterapia (**Folheto – Insulinoterapia**)
 - Hipoglicémias (**Folheto – Hipoglicemia**)
 - Hiperglicemias
 - Cetonemia
 - Atividade física
 - Alimentação saudável (**Folheto – Alimentação na Diabetes**)
 - Cuidados com os pés (**Folheto – Cuidados com os pés**)
 - Retinopatia diabética
 - Nefropatia Diabética
 - Disfunção sexual
-
- Objetivos estabelecidos
 - Referenciado a outra especialidade, se necessário

Anexo II – Guião “Consulta *Follow-up* de Enfermagem à Pessoa com Diabetes”

AVALIAÇÃO INICIAL

- Terapêutica atual e conhecimento

AVALIAÇÃO ESPECIFICA

- Objetivos estabelecidos na última consulta.
- Autocontrolo: nº de avaliações, glicómetro, livro de registos, outros.
- Livro de registos: valores máximos e mínimos, hipoglicemias, hiperglicemias.
- Insulinoterapia: dúvidas existentes na técnica de administração, troca de agulha, horários, locais de administração, conservação e armazenamento da insulina.

AVALIAÇÃO CONTÍNUA

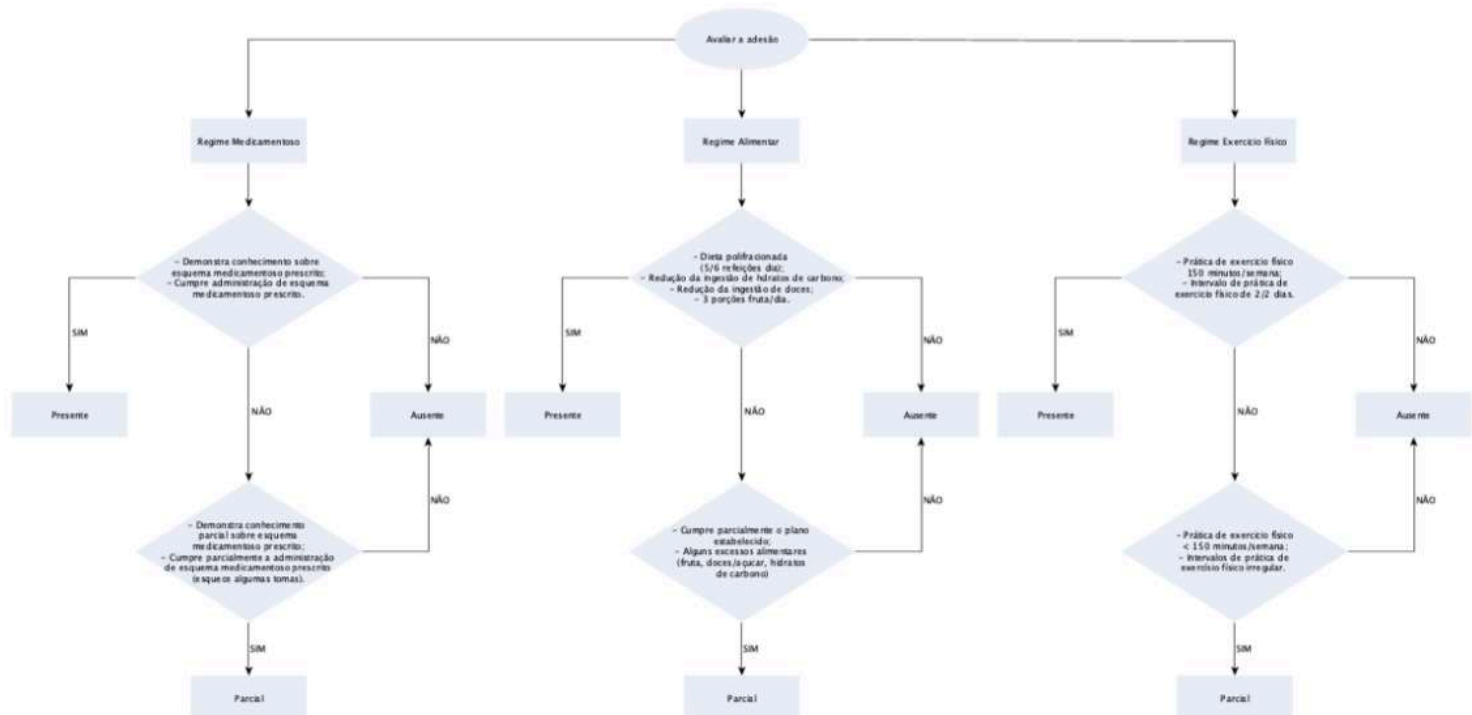
- Hábitos alimentares (nº de refeições, fracionamento, horas de jejum)
- Estilo de vida
- Validação e reforço de ensinios realizados:
 - O que é a diabetes
 - Terapêutica antidiabética oral
 - Autocontrolo na Diabetes
 - Avaliação e registo de glicémias
 - Insulinoterapia
 - Hipoglicémias
 - Hiperglicemias
 - Cetonemia
 - Atividade física
 - Alimentação saudável
 - Cuidados com os pés
 - Retinopatia diabética
 - Nefropatia Diabética
 - Disfunção sexual
- Objetivos estabelecidos

Anexo III - Documentação no processo de enfermagem em linguagem classificada CIPE®.

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS

Atividades diagnósticas registradas segundo o plano de cuidados estabelecido para o cliente, entre as quais:

- Monitorizar: sinais vitais;
- Monitorizar: glicemia capilar;
- Monitorizar: glicemia capilar (corpos cetónicos);
- Monitorizar: glicemia capilar (hemoglobina glicada);
- Monitorizar: peso corporal;
- Monitorizar: peso/altura (IMC);
- Monitorizar: abdómen (perímetro);
- Monitorizar adesão ao regime medicamentoso (MAT);
- Avaliar o pé;
- Monitorizar risco de úlcera diabética.
- Avaliar a adesão;



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM / INTERVENÇÕES**ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

Reconciliação com as circunstâncias de saúde.

Critérios de levantamento do diagnóstico

Este foco refere-se a situações clínicas em que o enfermeiro identifica, no indivíduo, a ausência ou insuficiência de disposições para gerir o *stress* ou reduzir a tensão provocada pela situação de saúde/doença. No fundo, dificuldades de adaptação à sua situação de saúde/doença, que sofreu alterações significativas na sua representação.

A evidencia científica produzida no âmbito destes processos adaptativos aponta para alguns fatores relacionados com esta situação, nomeadamente a perceção que o indivíduo tem de ser alvo de uma assistência fiável e de ser ajudado, caso necessite. Noutros contextos, emoções tais como a confiança em si e nos outros e a paz interior, não estando presentes podem estar na base de uma situação de Aceitação do Estado de Saúde: Comprometida. Sabe-se também que as disposições que o indivíduo possui para empreender ações ou tomar decisões influenciam, de forma diretamente proporcional, a sua capacidade para encontrar estratégias eficazes de adaptação a novas situações de saúde/doença.

Quando o indivíduo/família manifestar capacidade de gerir o stress e tensão provocada pela situação de saúde/doença e desenvolver estratégias de adaptação a esta nova condição, substitui-se o diagnóstico de Aceitação do Estado de Saúde: Comprometida pelo diagnóstico Aceitação do Estado de Saúde: Presente.

Capacidades para melhorar (critérios de levantamento)

Sempre que o indivíduo ou família revelem desconhecimento, mas apresentem potencial para adquirir conhecimentos sobre: estratégias de autocontrolo, de adaptação e de *coping*, sobre recursos comunitários e de saúde disponíveis e tiver potencial para a aprendizagem, deverá enunciar-se o diagnóstico Capacidade para melhorar: Aceitação do Estado de Saúde, Potencial.

Quando o indivíduo ou família revelarem capacidade para se adaptarem à nova condição de saúde substitui-se o diagnóstico anterior pelo diagnóstico Capacidade para melhorar: Aceitação do Estado de Saúde, Efetivo, devendo ser encerrado de imediato. Caso o indivíduo ou família não se adaptem à nova condição de saúde substitui-se o diagnóstico Capacidade para melhorar: Aceitação do Estado de Saúde, Potencial pelo diagnóstico Capacidade para melhorar: Aceitação do Estado de Saúde, Ausente devendo ser encerrado de imediato.

ADESÃO

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

Revisão n.º 02

Elaborado:

Aprovado:

Homologado:

indivíduo, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do indivíduo, relação entre o profissional de saúde e o indivíduo).

Crítérios de levantamento do diagnóstico

O diagnóstico de enfermagem Adesão: Comprometida enuncia-se em situações em que o indivíduo apresenta ações que indiciam a não-aceitação do decurso do tratamento (medicamentoso/dietético) inclusivamente quando na posse de conhecimento sobre o mesmo. Este diagnóstico conduz o enfermeiro na procura de razões que possam justificar esta situação, tais razões inscrevem-se, por exemplo, no âmbito das crenças de saúde ou dos processos adaptativos. São comportamentos indicativos de Adesão Comprometida se (depois de na posse de conhecimento) se verificar exacerbação de complicações ou falha no cumprimento dos encontros agendados. São situações a considerar, os casos em que, com base em determinadas crenças, a pessoa está convicta da incapacidade em controlar a sua situação de saúde e respetivos tratamentos.

Quando o indivíduo, após período de manifesta não adesão, dê evidências de aceitação do tratamento, se verifiquem efeitos terapêuticos, cumpra as instruções relativas ao tratamento e compareça nos encontros agendados, substitui-se o diagnóstico de Adesão: Comprometida e pelo diagnóstico Adesão: Presente.

Capacidades para melhorar (critérios de levantamento)

Deverá enunciar-se o diagnóstico Capacidade para melhorar: Adesão, Potencial sempre que o indivíduo ou família revelem desconhecimento, mas apresentem potencial para adquirir conhecimento sobre o regime dietético e medicamentoso, precauções de segurança, mudança para comportamentos saudáveis e técnicas para promover a adesão. Assim que o indivíduo ou família demonstrem competências, deverá substituir-se o diagnóstico anterior, pelo diagnóstico Capacidade para melhorar: Adesão, Presente, devendo ser encerrado de imediato. Caso o indivíduo não demonstre competências substitui-se o diagnóstico Capacidade para melhorar: Adesão, Potencial pelo diagnóstico Capacidade para melhorar: Adesão, Ausente.

Diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções registadas segundo o plano de cuidados estabelecido para o cliente, entre as quais:

Revisão n.º 02	Elaborado:	Aprovado:	Homologado:

FOCOS			JUÍZO	Intervenções
	Aceitação do estado de saúde	Comprometida		Aconselhar a família/indivíduo Apoiar a família/indivíduo Apoiar no processo de tomada de decisão Gerir a ansiedade/comunicação Promover <i>coping</i> eficaz/apoio social/envolvimento da família Vigiar conhecimento sobre saúde/emoções/comportamento da pessoa
			Efetiva	Vigiar conhecimento sobre saúde
	Capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde	Potencial		Ensinar sobre aceitação do estado de saúde Providenciar material educativo Treinar sobre aceitação do estado de saúde Validar capacidade para melhorar sobre aceitação do estado de saúde
			Efetivo	Validar capacidade para melhorar sobre aceitação do estado de saúde
	Adesão	Ausente		Validar capacidade para melhorar sobre aceitação do estado de saúde
				Aconselhar a família/indivíduo Apoiar a família/indivíduo Apoiar no processo de tomada de decisão Contatar com a família acerca do regime Estabelecer prioridades Gerir a ansiedade/comunicação/regime medicamentoso e diatéutico Negociar o contrato terapêutico Promover a adesão ao regime através de dispositivos/ <i>coping</i> eficaz/apoio social/envolvimento da família/suporte emocional Verificar abuso de substâncias Vigiar adesão ao regime medicamentoso/conhecimento sobre saúde/efeitos secundários de medicação
			Efetiva	Vigiar adesão ao regime medicamentoso
	Capacidade para melhorar a adesão	Potencial		Ensinar sobre adesão/regime medicamentoso Providenciar material educativo Treinar sobre adesão Validar capacidade para melhorar adesão
			Efetivo	Validar capacidade para melhorar adesão
			Ausente	Validar capacidade para melhorar adesão

APÊNDICE 6

Plano de formação

Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes – Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

- PLANO FORMAÇÃO 2022-

Ação de Formação	Destinatários	Nº Horas	Formadores	Calendarização / local
“Documentação de Enfermagem no Processo de Enfermagem da Pessoa com DM”	Enfermeiros	1H00	Enf [REDACTED]	21 Março 2022 / Unidade de Endocrinologia
“Antidiabéticos Orais”	Enfermeiros	1H00	Dra [REDACTED]	21 Março 2022 / Unidade de Endocrinologia
“Terapêutica Injetável para a Diabetes e Insulina”	Enfermeiros	1H00	Dra [REDACTED]	4 Abril 2022 / Unidade de Endocrinologia
“Técnica de Administração de Terapêutica Injetável para a Diabetes e Insulina”	Enfermeiros	1H00	Enf [REDACTED]	4 Abril 2022 / Unidade de Endocrinologia

APÊNDICE 7

Formação em serviço: “Processo de Enfermagem - CIPE®

PROCESSO DE ENFERMAGEM - CIPE® -

- Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes -

En^{ta} Carina Horta
Docente Orientadora: Prof^a Maria Graça Quaresma

Lisboa | 2021

CIPE® - MODELO DE 7 EIXOS



CIPE® - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Designação atribuída pelo enfermeiro à decisão sobre um fenómeno de Enfermagem, que representa o foco das suas intervenções.

Adesão: Comprometida

Capacidade para melhorar a adesão: Potencial

Aceitação do estado de saúde: Comprometida

Capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde: Potencial

(Ordem dos Enfermeiros, 2016)

CIPE® - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Ação realizada em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem, tendo em vista produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

Adesão: Comprometida

- Aconselhar o indivíduo
- Apoiar o indivíduo
- Gerir o regime medicamentoso e dietético
- Vigiar adesão ao regime medicamentoso

Capacidade para melhorar a adesão: Potencial

- Ensinar sobre adesão
- Ensinar sobre regime medicamentoso
- Providenciar material educativo
- Treinar sobre adesão
- Validar capacidade para melhorar sobre adesão

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015)

CIPE® - RESULTADOS

GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Medição ou condição de um Diagnóstico de Enfermagem, a intervalos de tempo, após serem implementadas as intervenções de enfermagem.

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016)

CIPE® - PROCESSO DE ENFERMAGEM



CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

AValiação Inicial

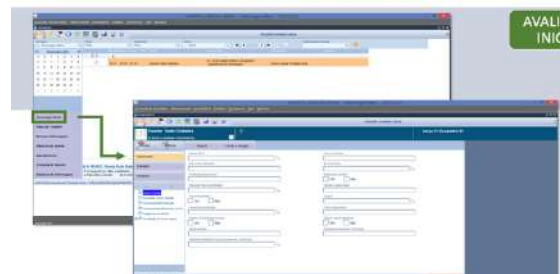
AValiar

Determinar: processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos.

Permite colher dados sobre a pessoa alvo de cuidados, que suportam a tomada de decisão para a enunciação de diagnósticos de enfermagem, tendo em conta a faixa etária e o sexo (adulto/ criança e/ou mulher), pois cada um terá características e informação específica. Esta avaliação deverá ser feita sempre nas primeiras 24 horas de internamento.

(Lusitana Lisboa, 2010)

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL



CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS

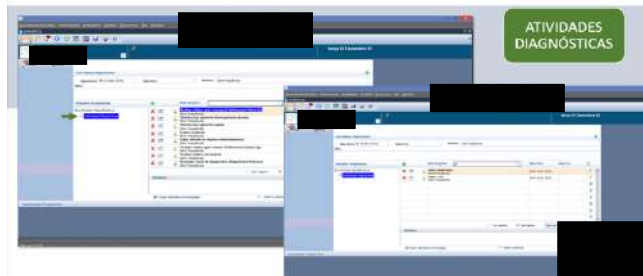
Intervenções prescritas e implementadas pelo enfermeiro, no momento da admissão (do tipo vigiar ou monitorizar), que produzem dados sobre a pessoa alvo dos cuidados e que suportam a tomada de decisão para a enunciação de diagnósticos de Enfermagem.

As atividades diagnósticas encontram-se no separador atitudes terapêuticas, por motivos inerentes à arquitetura do desktop de Enfermagem.

(Lusitana Lisboa, 2019)

ATIVIDADES
DIAGNÓSTICAS

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL



ATIVIDADES
DIAGNÓSTICAS

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

ATITUDES TERAPÊUTICAS

ATITUDES TERAPÊUTICAS

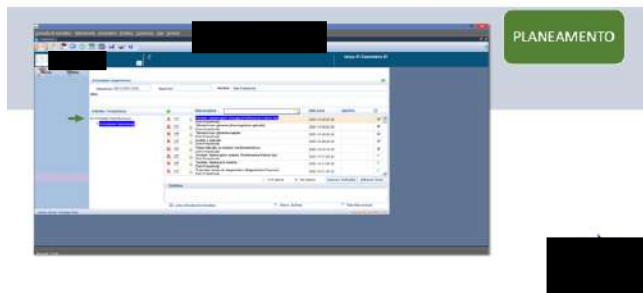
Procedimento prescrito por outro técnico da equipa de saúde, no contexto de atuação multiprofissional, assumindo o enfermeiro a responsabilidade pela implementação das intervenções de enfermagem. A autonomia destas intervenções depende do grau de conhecimento e experiência profissional do enfermeiro em determinado contexto.

OE (2003). - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. In: *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

(Lusitana Lisboa, 2019)

PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL



PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

ATITUDES TERAPÊUTICAS

Aparelho gessado	Cateter arterial	Cateter epidural	Cateter urinário
Cateter venoso central	Cateter venoso periférico	Cateter subcutâneo	Dispositivo de compressão MI
Dispositivo respiratório	Dispositivo de tração	Fototerapia	Hemoterapia
Sonda gástrica	Sonda rectal	Trabalho de parto	Técnica invasiva
Reabilitar (motora)*			Reabilitar (respiratória)*

*Registo exclusivo para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

(Lusitana Lisboa, 2019)

PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

CORE DE FOCUS - ADULTO

Atuação estado de saúde	Capacidade para melhorar posição do corpo de saúde	Adesão	Capacidade para melhorar a adesão	Agriação	Capacidade para melhorar a agriação
Aspiração	Capacidade para melhorar aspiração	Autocuidado: alimentação	Capacidade para melhorar autocuidado alimentar-se	Autocuidado: eliminação	Capacidade para melhorar autocuidado eliminação
Autocuidado: cuidar da higiene pessoal	Capacidade para melhorar autocuidado: cuidar da higiene pessoal	Autocuidado: transferir-se	Capacidade para melhorar autocuidado transferir-se	Autocuidado: vestir-se ou despir-se	Capacidade para melhorar autocuidado vestir-se ou despir-se
Cair	Capacidade para melhorar cair	Capacidade para melhorar prevenção de contaminação	Capacidade para melhorar autocuidado	Cateterização sobre comportamento sexual	Capacidade sobre unidade de cuidados de saúde
Coping	Desidratação	Capacidade para melhorar desidratação	Dor	Capacidade para melhorar dor	Intima
Capacidade para melhorar entera	Fenda	Capacidade para melhorar fenda	Fenda Crônica	Capacidade para melhorar fenda crônica	

(Lusitana Lisboa, 2019)

PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

CORE DE FOCUS - ADULTO

Insônia	Capacidade para melhorar insônia	Ventilação	Capacidade para melhorar ventilação	Mucração	Capacidade para melhorar a mucração
Medo	Capacidade para melhorar o medo	Morre	Capacidade para melhorar morrer	Papel do prestador de cuidados	Capacidade para melhorar papel do prestador de cuidados
Perda sanguínea	Conhecimento sobre perda sanguínea	Rigidez articular	Capacidade para melhorar rigidez articular	Telemigração	Úlcera de pressão no decúbito
Úlcera de pressão no hospital	Capacidade para melhorar úlcera de pressão	Vômito	Capacidade para melhorar vômito		

(Lusitana Lisboa, 2019)

PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

CORE DE FOCUS - MULHER

Amamentação exclusiva	Capacidade para melhorar amamentação exclusiva
Capacidade para melhorar sobre trabalho do parto	Conhecimento sobre o período pós parto
Gravidez	Capacidade para melhorar gravidez
Pyrometabolismo	Capacidade para melhorar pyrometabolismo

CORE DE FOCUS - CRIANÇA

Amamentação exclusiva	Capacidade para melhorar amamentação exclusiva
Conforto	Desenvolvimento da criança
Capacidade para melhorar desenvolvimento criança	Parentalidade
Capacidade para melhorar personalidade	

(Lusitana Lisboa, 2019)

PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM = FOCO + JUÍZO

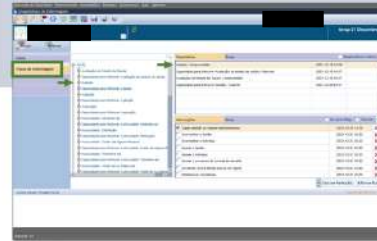
JUÍZO	DESCRIÇÃO
Atual	Potencialidade: presente ou real
Ausente	Status
Completo	Progressão: concluído, terminado
Comprometido	Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz
Dependência	Status
Efetivo	Juízo positivo ou negativo: estado julgado como positivo
Presente	Status
Risco	Potencialidade: existir em possibilidade, risco

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016)

PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

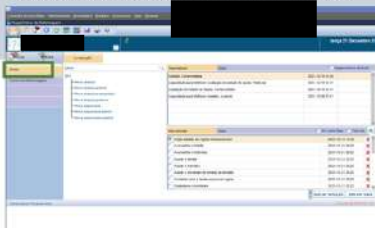
PLANEAMENTO



CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

EIXOS

Associação de eixos aos diagnósticos de enfermagem



PLANEAMENTO

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ativar intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico de enfermagem.

PLANEAMENTO

JUÍZO	DESCRIÇÃO
Assistir	Atender; fazer parte do trabalho com ou para alguém
Ensinar	Informar; dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde
Gerir	Ação; estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa
Incentivar	Promover; levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade
Instruir	Ensinar; fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa
Monitorizar	Determinar; escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa

(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016)

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ativar intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico de enfermagem.

PLANEAMENTO

JUÍZO	DESCRIÇÃO
Otimizar	Manter; conseguir o melhor resultado
Promover	Assistir; ajudar alguém a começar ou progredir nalguma coisa
Supervisionar	Monitorizar; inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa
Treinar	Instruir; desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa
Validar	Observar; estabelecer a exatidão, qualidade ou condição de alguma coisa
Vigiar	Monitorizar; averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida ou regular ao longo do tempo

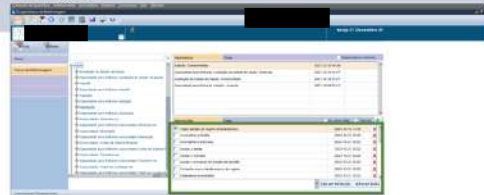
(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016)

CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ativar intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico de enfermagem.

PLANEAMENTO



CIPE® - PADRÃO DOCUMENTAL



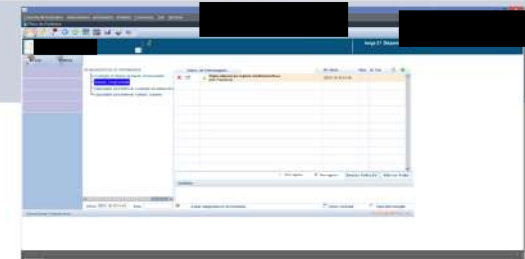
PLANEAMENTO

EXECUÇÃO

AVALIAÇÃO

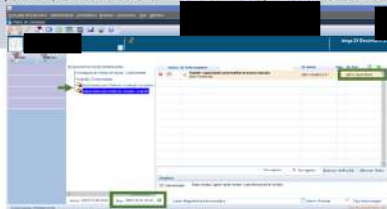
REFORMULAÇÃO

CIPE® - VALIDAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS



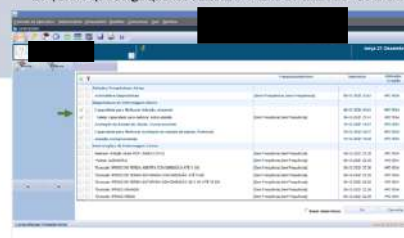
CIPE® - ENCERRAMENTO DE DIAGNÓSTICOS ENF.

A qualquer momento é possível colocar data de termo a um dos diagnósticos ainda ativos e, automaticamente, às intervenções associadas (que não estejam associadas a outros diagnósticos ativos). Para isso, o enfermeiro deve selecionar o diagnóstico que pretende dar termo e através do duplo-clique no campo "FIM", é assumida a data e hora do sistema, podendo alterá-la manualmente.



CIPE® - CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Entre episódios é possível assumir as intervenções que foram levantadas anteriormente através do quadro que surge quando se abre o "Plano de Trabalho" do cliente pela primeira vez.

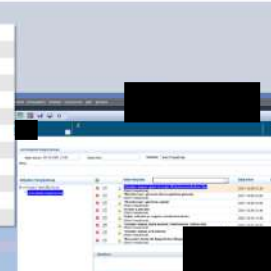


CUIDADOS IMPORTANTES

- Registo das intervenções de enfermagem;
- Calendarização das intervenções de enfermagem, se se justificar;
- Substituição de diagnósticos de enfermagem de acordo com a evolução;
- Encerramento de diagnósticos de enfermagem e atitudes terapêuticas que já não se apliquem;
- Enunciar novos diagnósticos de enfermagem ou atitudes terapêuticas, sempre que se justificar;
- Individualizar o plano de cuidados;

RESUMO: ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS - CEPD

- Monitorizar: sinais vitais
- Monitorizar: glicemia capilar
- Monitorizar: glicemia capilar (corpos cetónicos)
- Monitorizar: glicemia (hemoglobina glicada)
- Monitorizar: peso corporal
- Monitorizar: peso/altura (IMC)
- Monitorizar: altura/comprimento
- Monitorizar: abdómen (perímetro)
- Avaliar a adesão
- Monitorizar adesão ao regime medicamentoso (MAT)
- Avaliar o pé
- Monitorizar risco de úlcera diabética



RESUMO: DIAGNÓSTICOS DE ENF. - CEPD

FOCOS		JUL20	
		Intervenção	Des
Aceitação do estado de saúde	Comprometido	Aceitar a realidade/realidade	Aceitar a realidade/realidade
	Efetivo	Aceitar a realidade/realidade	Aceitar a realidade/realidade
Capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde	Potencial	Trabalhar com o estado de saúde	Trabalhar com o estado de saúde
	Assente	Trabalhar com o estado de saúde	Trabalhar com o estado de saúde
Adesão	Comprometido	Aceitar a realidade/realidade	Aceitar a realidade/realidade
	Efetivo	Aceitar a realidade/realidade	Aceitar a realidade/realidade
Capacidade para melhorar a adesão	Potencial	Trabalhar com o estado de saúde	Trabalhar com o estado de saúde
	Assente	Trabalhar com o estado de saúde	Trabalhar com o estado de saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benton, C. (2011). *International issues and trends in nursing regulation*. Journal of Nursing Regulation, Volume 1-Issue 4;
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Loures: Lusodicta. ISBN: 978-92-95099-35-7;
- Decreto-Lei no 104/98. (1998). Diário da República - No 104 (4 de Setembro de 1998);
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios Básicos da Arquitetura e Principais Requisitos Técnicos - Funcionais*. Acedido a: 30 de Junho de 2021. Disponível em: https://www.ordemfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/documentos/SIE-PrincipiosBasicosAra_RequisitosTecFunc-Abri2007.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde*. Acedido a: 30 de Junho de 2021. Disponível em: <https://www.ordemfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/documentos/RMDE-Indicadores-VFOut2007.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Acedido a: 30 de Junho de 2021. Disponível em: <https://www.ordemfermeiros.pt/media/8910/divulgar-padrões-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências de Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Acedido a: 3 de Janeiro de 2022. Disponível em: https://www.ordemfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf;
- JCI. (2020). *JCI Accreditation Standards for Hospitals*. USA. 7th Edição. ISBN: 978-1-63585-149-6;
- Lusiadas Lisboa. (2019). *Guia para Operacionalização do Padrão Documental na Área de Assistência Adulta, Mulher e Criança*.

APÊNDICE 8

Formação em serviço: “Terapêutica Injetável para a DM”

Terapêutica Injetável para a Diabetes Mellitus

Enfª Carina Horta

Lisboa | 2022

DESAFIOS PSICOLÓGICOS



(SPEDM, 2013)

O tratamento da DM é complexo e exige, mais cedo ou mais tarde, o recurso a terapêuticas injetáveis.



(SPEDM, 2021)

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

1. Confirmar com o médico assistente qual a insulina, dosagem e hora de administração prescritas;

Comunicação com a equipa médica

Verificar registos médicos/enfermagem

Verificar a prescrição médica

(SPEDM, 2021)

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

1. Confirmar com o médico assistente qual a insulina, dosagem e hora de administração prescritas;



Insulina ação lenta e/ou rápida, ou pré-mistura

Esquema de insulina

Cartucho/Caneta precheia

Explicar os tempos de ação da insulina. Ter em conta a hora da administração.

Explicar o esquema de insulina. Verificar se existe indicação para autoajuste.

Cartucho | Fornecer a caneta de insulina adequada e realizar o ensino da troca de cartucho;
Caneta precheia | Realizar ensino quanto manuseio da caneta descartável.

(SPEDM, 2013)

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

2. Realizar ensino para o correto armazenamento dos cartuchos / canetas de insulina;
INSULINA A USO | Armazenar a temperatura ambiente (estabilidade até 28 dias);
RESTANTES | Armazenar no frigorífico.
3. Verificar na receita médica de as agulhas para a administração de insulina foram prescritas, qual o seu comprimento (4mm/5mm/6mm/8mm), ensinar a trocar a agulha de caneta de insulina a cada administração;
4. É fundamental que a pessoa/familiar "pique" pela primeira vez junto de um profissional de saúde, utilizado a caneta de teste ou a caneta de insulina do próprio, facilitando assim a adaptação da pessoa ao tratamento;

(SPEDM, 2021)

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA

5. Ajudar a pessoa/familiar na desmistificação de medos, diminuindo o limiar de ansiedade sentido pelo início de administração de insulina;
6. Ensinar a importância da autovigilância da glicémia no domicílio e o seu correto registo. Ensinar a registar as unidades de insulina administrada no livro de registos;
7. Ensinar como corrigir hipoglicémia.
8. Agendar Follow-up na primeira semana, fornecer instrumentos educativos.

(SPEDM, 2013)

EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA



OZEMPIC®

BYDUREON®

TRULICITY®

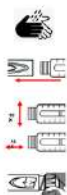
VICTOZA®

SAXENDA®

(SPEDM, 2014)

ETAPAS DA INJEÇÃO DE TERAPÊUTICA

1. Lavar as mãos com água e sabão e secar;
2. Retirar a tampa da caneta de insulina;
3. Se a insulina for de **aspecto turvo**, inverter e rolar suavemente 10 vezes cada uma de forma a homogeneizar a solução (evitar agitar) até que se torne branca leitosa;
4. Marcar as unidades de insulina na caneta;
Confirmar se a pessoa consegue marcar as unidades de insulina a administrar, pedindo para que o faça numa caneta de teste.



(SPEDMA, 2013)

ETAPAS DA INJEÇÃO DE TERAPÊUTICA

5. Retirar a proteção da agulha;
Trocar a agulha a cada administração.
6. Levantar uma dobra da pele que deve permanecer até retirar a agulha da pele;



(SPEDMA, 2013)

ETAPAS DA INJEÇÃO DE TERAPÊUTICA

7. Escolher o local a administrar (dentro dos locais recomendados: região abdominal, coxas, braços e nádegas) e introduzir a agulha na pele com um movimento firme e com um ângulo de 90°.
- É essencial promover a rotação de locais de administração, contudo é necessário negociar qual o local que a pessoa prefere utilizar de forma a se sentir confortável;
 - Ter em conta que dentro da mesma área é importante injetar a uma distância de pelo menos 1cm da administração anterior;
 - No caso de esquemas intensivos de insulina, deve-se privilegiar a região abdominal para insulinas de ação rápida e as coxas para insulinas de ação lenta.



(SPEDMA, 2013)

ETAPAS DA INJEÇÃO DE TERAPÊUTICA

8. Pressionar o botão da caneta de insulina;
9. Após a administração de insulina aguardar cerca de 10 segundos com a agulha introduzida na pele, posteriormente retirar a agulha da pele.
10. Trocar a agulha e colocar a tampa da caneta de insulina;
É aconselhado que troque a agulha a cada administração.
11. Guardar a caneta de insulina a uso à temperatura ambiente;



(SPEDMA, 2013)

HIPOGLICEMIA

É considerada uma baixa de açúcar no sangue para níveis abaixo dos 70 mg/dl para pessoas medicadas com terapêutica para o controle de diabetes.

SINTOMAS

- Fraqueza;
- Sensação de fome;
- Tremores;
- Suores frios;
- Palpitações;
- Palidez cutânea;
- Ansiedade / irritabilidade.

CAUSAS FREQUENTES

- Atraso ou falha de uma refeição;
- Refeição pobre em hidratos de carbono de absorção lenta;
- Vômitos / diarreia;
- Insulina / comprimidos para a diabetes em excesso;
- Má técnica de administração de insulina;
- Aumento da absorção local no sítio de injeção de insulina (ex.: massagem ou exercício físico na zona muscular próxima);
- Ingestão alcoólica em excesso com pequena ingestão de hidratos de carbono de absorção lenta.

(ADA, s.d.)

HIPOGLICEMIA



(ADA, s.d.)

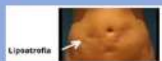
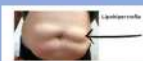
REVISÃO DA TÉCNICA DE INJEÇÃO

O nível de conhecimento deve de ser **avaliado e observado**, e todos os aspetos da técnica de injeção, incluindo locais de injeção devem de ser inspecionados e palpados, **se possível em cada consulta**, no mínimo uma vez por ano.

PROBLEMAS DE INJEÇÃO

LIPODISTROFIA

Alteração do tecido subcutâneo, constituído por um **tecido mais duro e semelhante a borracha**, com um **padrão convexo elevado** sem alteração da cor da pele, ou na distribuição dos pelos.



(SPEDMA, 2013)

REVISÃO DA TÉCNICA DE INJEÇÃO

PROBLEMAS DE INJEÇÃO

SANGRAMENTO E/OU EQUIMOSE

- Assegurar que o sangramento local e as contusões não têm consequências clínicas adversas para a absorção de insulina ou para o controle geral da diabetes;
- Se o sangramento e/ou hematomas (equimoses) forem frequentes ou excessivos, a técnica de injeção deve de ser cuidadosamente avaliada, ter em conta coagulopatias ou uso de um anticoagulante ou agente antiplaquetário.

FUGA (VAZAMENTO) NA PELE

- Ter em atenção a escolha das agulhas; preferencialmente optar por agulhas com um diâmetro interno mais amplo, por exemplo, agulhas de parede fina e com um comprimento adaptado ao tipo de pele;
- Contar até 10 após o embolo estar totalmente premido antes de retirar a agulha da pele.

(SPEDMA, 2013)

REVISÃO DA TÉCNICA DE INJEÇÃO

PROBLEMAS DE INJEÇÃO

PINGAR DA AGULHA

- Se for utilizada caneta reutilizável é importante desperdiçar 1/2UI antes de administrar insulina;
- Doses maiores podem ser divididas para reduzir o volume de insulina, por exemplo, para 40UI prescritas, administrar 20UI num local + 20UI noutro local diferente do anterior.

(SPEDM, 2016)

GRAVIDEZ

O abdómen é um local seguro para a administração de insulina na gravidez.

Optar pela utilização de agulhas de menor comprimento (por exemplo: 4mm).

1º TRIMESTRE

- Assegurar que mantém a administração de insulina no mesmo local que fazia anteriormente, ou caso inicie insulina pode administrar em toda a região abdominal;

2º TRIMESTRE

- Podem ser utilizadas partes laterais do abdómen para administração de insulina, mantendo-se longe da área da pele situada sobre o feto;

3º TRIMESTRE

- Podem ser utilizadas as coxas, os braços ou os flancos laterais do abdómen para administração de insulina.

(SPEDM, 2015)

FOLLOW-UP

PRIMEIROS DIAS

- Como foi a primeira vez que fez insulina?
- Tem alguma dúvida relacionada com a técnica de injeção?
- Cumpru todas as administrações?
- Quais são os valores de glicémia capilar/intersticial?
- Tem tido hipoglicémias?
- Quais as unidades de insulina administrada?
- Teve alguma reação adversa?

NA CONSULTA

- Rever a técnica de injeção.
- Verificar os locais de administração.
- Ver o livro de registo: verificar os valores da glicémia e as unidades de insulina administrada.
- Se for caso disso, verificar se faz corretamente o autoajuste e intensificar ensinios.
- Verificar o armazenamento de insulina e a troca de agulhas a cada administração.

(SPEDM, 2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. (n.d.). Hypoglycemia – Low Blood Sugar. <http://www.diabetes.org/healthy-living/management-treatments/blood-glucose-testing-and-control/hypoglycemia>.
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo. (2016). Recomendações para a técnica de injeção e insulino de insulina. SPEDM.

APÊNDICE 9

Instrumentos educativos - Folhetos

UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA

O QUE É A DIABETES?

A diabetes é uma doença crónica onde os valores do açúcar no sangue estão elevados, porque o corpo não produz a quantidade necessária de insulina ou não a utiliza na sua totalidade.

Existem **três tipos de diabetes**:

Diabetes tipo 1

O corpo não produz insulina. É necessário fazer insulina diariamente para ajudar o corpo a controlar o açúcar no sangue.

Diabetes tipo 2

O corpo não produz ou não usa bem a insulina. Pode existir a necessidade de tomar comprimidos, insulina ou outros medicamentos injetáveis para ajudar a controlar o açúcar no sangue.

Diabetes gestacional

Algumas mulheres podem desenvolver este tipo de diabetes durante a gravidez. Geralmente desaparece quando o bebé nasce.

Porque tenho que cuidar da minha diabetes?

Os valores de açúcar no sangue próximo dos valores normais ajudam-no a sentir-se com mais energia, menos cansado e a ter menos problemas de saúde, em especial, no coração, no cérebro, nos olhos, nos pés, na sensibilidade dos nervos, nos rins e ao nível sexual.

As pessoas com diabetes precisam de:



Tomar sempre a medicação



Fazer uma alimentação saudável



Praticar exercício físico



Conhecer os valores de açúcar no sangue (se indicado)

Por vezes as pessoas sabem o que fazer para melhorar a sua saúde, mas sentem dificuldade em mudar hábitos e mantê-los ao longo do tempo. Faça pequenas mudanças de cada vez para ser mais fácil, passo a passo e ao seu ritmo, o importante é conseguir melhorar a sua saúde.

Também é importante **vigiar a sua saúde**, nomeadamente:



Vigiar o peso corporal



Vigiar a pressão arterial



Vigiar Hemoglobina A1c
3/4 vezes/ano



Vigiar o colesterol / triglicéridos
2 vezes/ano



Vigiar os pés
1 vez/ano



Vigiar os olhos
1 vez/ano

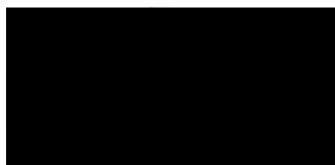


Vigiar os dentes / boca
1 vez/ano



Análises sangue / urina (rins)
1 vez/ano

Em caso de dúvidas ou necessidade, contacte-nos através do [redacted] no horário 8:00-20:00, 2ª a 6ª feira e/ou através do e-mail: [redacted]



A autovigilância da glicemia é a vigilância feita pela própria pessoa e/ou familiares. Permite obter informações sobre os resultados do tratamento e adaptá-lo de acordo com os mesmos.

A glicemia corresponde à concentração de açúcar no sangue, para prevenir ou retardar o aparecimento de complicações da diabetes.

Os valores de glicemia não são constantes ao longo do dia e dependem de vários fatores, como por exemplo a alimentação, a atividade física e a medicação.

Estes valores devem variar entre:

**Antes das refeições
80 – 130 mg/dl**

**2 horas após as refeições
inferior a 180 mg/dl**

A frequência da medição da glicemia é variável e depende do tipo de diabetes, do grau de controlo pretendido e do tratamento que faz.



Em caso de dúvidas ou necessidade, contacte-nos através do [REDACTED], no horário 8:00-20:00, 2ª a 6ª feira e/ou através do e-mail: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

O QUE É A HIPOGLICEMIA?

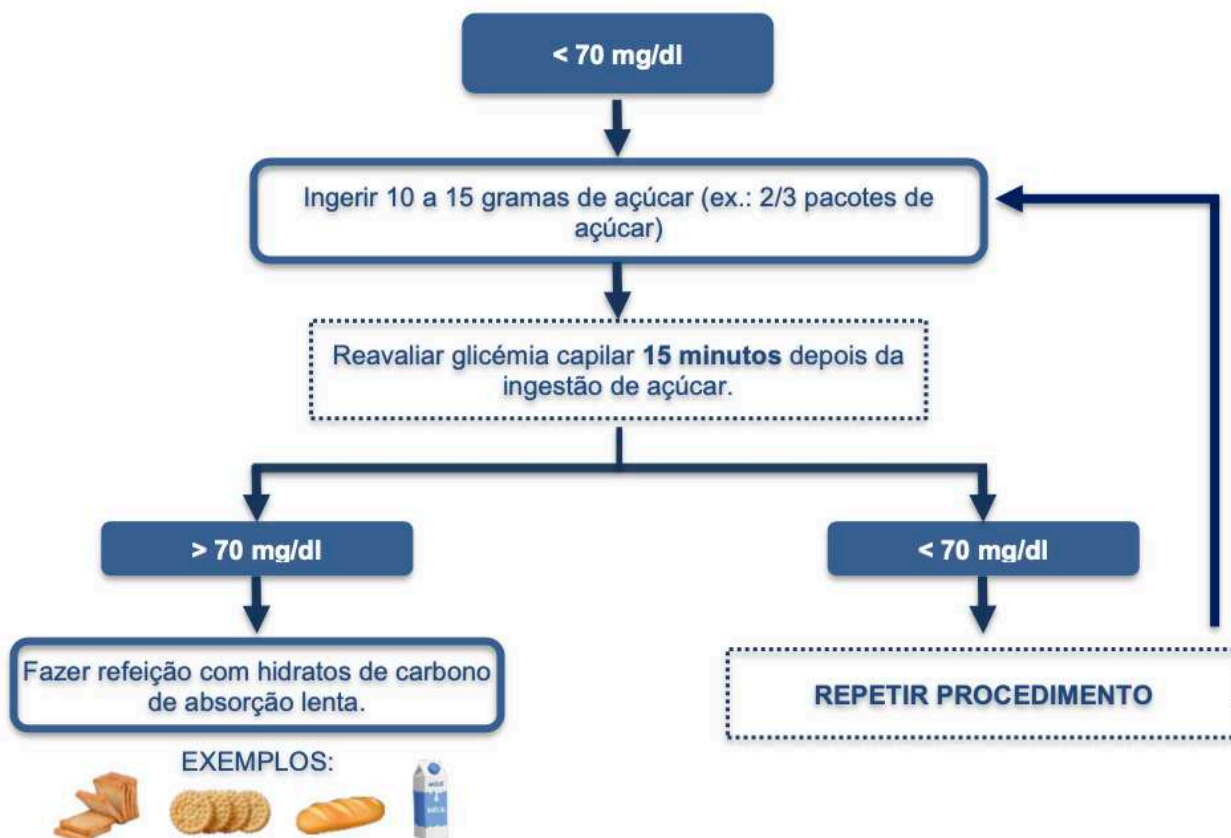
É a descida dos valores de açúcar no sangue.

O valor de glicemia a partir do qual é considerada hipoglicemia é **< 70 mg/dl**, para pessoas medicadas com terapêutica para o controle da diabetes.

QUAIS SÃO OS SEUS SINTOMAS?

- Tonturas;
- Palidez;
- Suores frios;
- Formigues;
- Tremor;
- Nervosismo;
- Ansiedade;
- Palpitações;
- Fome intensa;
- Visão turva;
- Dor de cabeça;
- Visão dupla;
- Confusão;
- Alterações de comportamento;
- Alterações da fala (embriaguez diabética);
- Sonolência;
- Convulsões;
- Coma;
- Perda de consciência.

O QUE FAZER EM CASO DE HIPOGLICÉMIA?



Em caso de dúvidas ou necessidade, contacte-nos através do [redacted] no horário 8:00-20:00, 2ª a 6ª feira e/ou através do e-mail: [redacted]

Após alguns anos de evolução da diabetes, podem surgir algumas complicações relacionadas com a sensibilidade dos pés e a circulação arterial nas pernas. Entre as quais se destacam: neuropatia diabética, doença arterial periférica e deformação do pé.

A pessoa com diabetes deve realizar o rastreio anual do pé e seguir os seguintes cuidados básicos de forma a prevenir possíveis lesões que possam surgir.

CUIDADOS AO PÉ



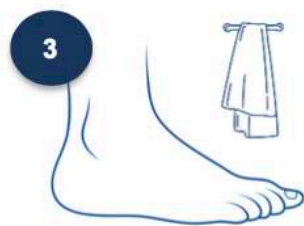
Observar os pés

- Pelo menos 1 vez por dia, preferencialmente, ao final do dia após descalçar os sapatos.
- A observação deve ser realizada num local com boa luminosidade, e quando não é possível ser realizada pela própria pessoa, pode ser utilizado um espelho para observar a planta do pé.



Lavar os pés

- A lavagem dos pés deve ser realizada diariamente, preferencialmente ao final do dia.
- Verificar a temperatura previamente com um termómetro e/ou com o cotovelo de forma a evitar queimaduras.
- Deve ser utilizado um sabonete e uma esponja natural ou manípulo turca macia.



Secar os pés

- A secagem dos pés deve ser realizada com uma toalha clara, de algodão.
- Não esquecer de secar o espaço entre os dedos.
- Não utilizar secadores ou outras fontes de calor pelo risco de queimadura.



Hidratar os pés

- Aplicar diariamente um creme hidratante nos pés e pernas.
- Evitar os dedos e o espaço entre os dedos para evitar o risco de humidade.

CUIDADOS AOS PÉS NA DIABETES



Corte de unhas e
tratamento de
calosidades

- Não utilizar instrumentos cortantes como por exemplo: tesoura, alicate, corta unhas.
- Idealmente utilizar uma lima de cartão para o desbaste de unhas, 1 ou 2 vezes por semana.
- Para o desbaste de calosidades, utilizar lixa de pés não metálica, 1 ou 2 vezes por semana.



Aquecer os pés

- Não utilizar fontes de calor para aquecer os pés devido ao risco de queimadura, tais como: lareiras, escalfetas, braseiras, aquecedores, cobertores elétricos e botijas de água quente.



Meias e calçado

- As meias devem ser de algodão ou lã, sem elásticos, costuras e remendos, preferencialmente de cores claras para poder detetar qualquer líquido e/ou sangue que possa ser proveniente de uma ferida.
- O calçado deve ser largo e confortável, evitando sapatos apertados e/ou pontiagudos. Escolher sapatos fechados de material respirável como a lona ou couro com cordões ou velcro para permitir adaptar ao pé. A sola deve ser grossa e o tacão não ultrapassar os 2 a 4 cm de altura.
- Quando comprar sapatos novos, experimente-os ao final da tarde.
- Antes de calçar os sapatos, verificar com a mão se existem objetos estranhos no seu interior.



Feridas

- Não “desinfetar” as feridas com produtos com cor. Idealmente lavar as feridas com soro fisiológico.
- Posteriormente, proteger a ferida com uma compressa e, se necessário, um adesivo hipoalergénico e, seguidamente ajuda de um profissional de saúde.

SINAIS DE ALERTA, para procurar ajuda de um profissional de saúde:

- Sensação de formigueiro;
- Perda da sensibilidade local;
- Dores;
- Sensação de picada e/ou queimadura;
- Dormência e fraqueza nas pernas;
- Feridas, verrugas, manchas vermelhas, zonas de descamação da pele, calosidades.

Em caso de dúvidas ou necessidade, contacte-nos através do [REDAZIDA], no horário 8:00-20:00, ou pelo e-mail: [REDAZIDA]

[REDAZIDA]

[REDAZIDA]

[REDAZIDA]

UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA

ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

A alimentação é o pilar fundamental do tratamento da diabetes.

RECOMENDAÇÕES



4 a 6 refeições dia

Deve de fazer entre 4 a 6 refeições ao dia e respeitar os horários das refeições. Todos os dias deverá ingerir uma quantidade igual dos diversos alimentos.



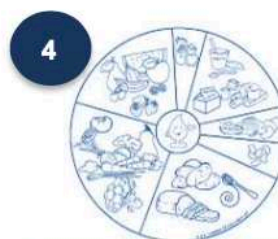
Evitar açúcares

Evitar os açúcares de absorção rápida: açúcar e mel, sumos de frutas, alimentos para pessoas com diabetes com frutose, pastelaria, doces e gelados, não mais de 2 a 3 peças de fruta por dia, bebidas acucaradas e refrigerantes.



Controle o colesterol

Reduzindo o número de gorduras nas refeições, estas encontram-se na carne, ovos, lacticínios gordos e óleos vegetais.



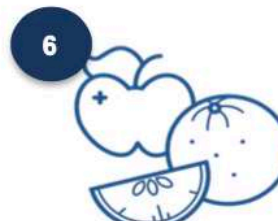
A alimentação deve de incluir

Em todas as refeições deve consumir farináceos (hidratos de carbono de absorção lenta) em porções adequadas, e legumes.



Privilegiar os legumes e vegetais

Um prato de vegetais, um prato de salada e/ou um prato de sopa de legumes são imprescindíveis pelo seu conteúdo em vitaminas e fibra.



2 a 3 peças de fruta dia

Ingira 2 a 3 peças de fruta de tamanho médio por dia, divididas ao longo do dia e preferencialmente entre refeições. Evite os sumos de fruta.

7



Peixe e carne

Ingira por dia duas porções pequenas de peixe (150g) e/ou carne (120-130g).

8



2 copos de leite magro

Ingira 2 copos de leite magro (250 ml) distribuídos pelo seu dia, pode substituir por 2 iogurtes magros ou 100g de queijo fresco.

9



Gorduras

Consuma gorduras saudáveis (azeite) em pequenas quantidades.

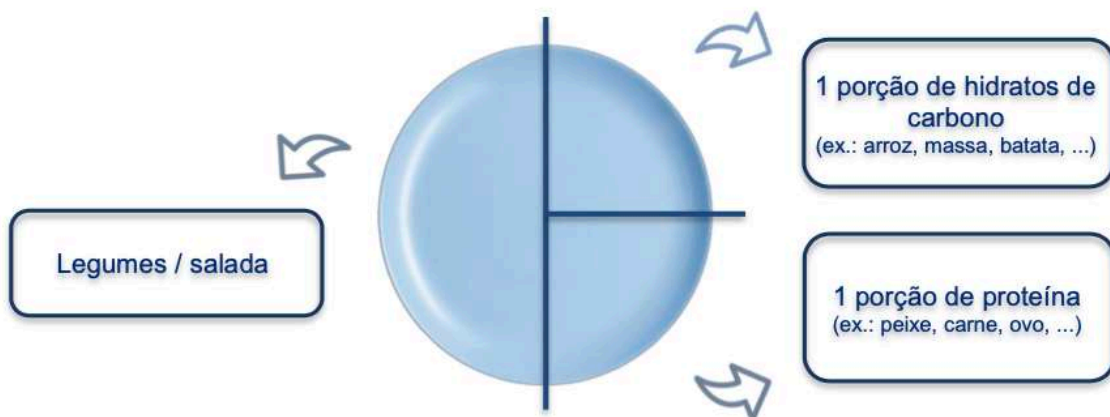
10



Café e álcool

Consulte o seu profissional de saúde.

COMPOSIÇÃO DE UM PRATO (Refeição Principal)



UNIDADE DE ENDOCRINOLOGIA
ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

EQUIVALÊNCIAS DE HIDRATOS DE CARBONO

AMIDOS		=		=		=	
	1 batata (tamanho do ovo)		2 colheres de sopa de arroz		2 colheres de sopa de massa		3 colheres de sopa de grão
		=		=		=	
	3 colheres de sopa de feijão		6 colheres de sopa de favas		6 colheres de sopa de ervilhas		pão integral (30g)
		=		=		=	
	pão mistura (25g)		2 tostas integrais		2 colheres de sopa de flocos de aveia		2 colheres de sopa cereais integrais (ricos em fibras)
		=		=		=	
	2 bolachas de água e sal cream cracker		2 bolachas marinheiras		2 galetes de arroz		2 galetes de milho

FRUTA		=		=		=	
	1 laranja		2 tangerina pequenas		1 maçã média		1 pêssego
		=		=		=	
	1 pêra média		metade de 1 banana		10 morangos pequenos		8-10 bagos de uva pequenos
		=		=		=	
	2 kiwis pequenos		1/3 manga		1 fatia melão		1 fatia melância

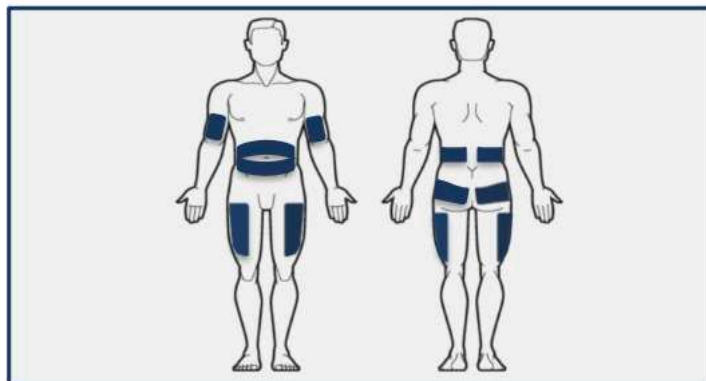
LATICÍNIOS		=	
	1 copo de leite (250 ml)		1 iogurte (sem açúcar)

Em caso de dúvidas ou necessidade, contacte-nos através do [REDACTED] no horário 8:00-20:00 e/ou através do e-mail: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

LOCAIS DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPÊUTICA INJETÁVEL



PASSOS PARA ADMINISTRAR TERAPÊUTICA INJETÁVEL

1 	2 	3 	4
Lavar as mãos e secar	Retirar a tampa da caneta de terapêutica	Colocar a agulha na caneta de terapêutica	Se o medicamento for de aspecto turvo, inverter ou rolar suavemente
5 	6 	7 	8
Marcar as unidades/mg a administrar na caneta	Retirar a proteção da agulha	Levantar uma dobra na pele que deve permanecer até retirar a agulha da pele	Introduzir a agulha com um movimento firme a 90°
9 	10 	11 	12
Pressionar o botão da caneta de terapêutica	Após a administração de medicamento, aguardar cerca de 10 seg. e posteriormente retirar a agulha da pele	Retirar a agulha da caneta	Guardar a caneta a uso à temperatura ambiente

Em caso de dúvidas ou necessidade, contacte-nos através do [REDAZIDO], utilizando a extensão [REDAZIDO] no horário 8:00-20:00, 2ª a 6ª feira e/ou através do e-mail: [REDAZIDO]

[REDAZIDO]

[REDAZIDO]

[REDAZIDO]

APÊNDICE 10

Instrumentos educativos – Guia de Controlo da Diabetes



Este livro é seu. Nele pode registar todos os dados que ajudem a gerir o tratamento da diabetes.

Manter os valores de glicémia o mais próximo possível do normal, através da gestão do tratamento da diabetes previne ou retarda o aparecimento de complicações.

A avaliação frequente da glicémia, quando indicado pelo seu profissional de saúde, é a chave para uma melhor compensação da diabetes.

Etiqueta do cliente

Tipo de Diabetes

Médico(a)

HEMOGLOBINA A1C

ANO

MÊS

ANO _____

ES _____

DIAS	PEQUENO-ALMOÇO			ALMOÇO			JANTAR		CEIA		OBSERVAÇÕES	
	ANTES Glicemia	Insulina	2h APÓS Glicemia	ANTES Glicemia	Insulina	2h APÓS Glicemia	ANTES Glicemia	Insulina	2h APÓS Glicemia	Glicemia		Insulina
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

APÊNDICE 11

Check-List de auditoria à documentação de enfermagem

Verificação das informações de desempenho, em relação a:																Verificação do plano de trabalho de desempenho																Análise dos dados			
Atividade pedagógica ou diagnóstico de desempenho										Atividades pedagógicas e diagnósticas						Atividades pedagógicas e diagnósticas										Atividades pedagógicas e diagnósticas									
Item	%	Não	N/A	%	Item	%	Não	%	N/A	%	Item	%	Não	%	N/A	%	Item	%	Não	%	N/A	%	Item	%	Não	%	N/A	%							
1	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
2	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
3	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	3	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	3	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	3	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
4	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	4	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	4	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	4	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
5	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	5	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	5	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	5	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
6	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	6	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	6	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	6	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
7	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	7	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	7	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	7	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
8	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	8	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	8	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	8	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
9	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	9	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	9	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	9	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
10	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	10	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	10	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	10	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
11	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	11	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	11	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	11	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
12	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	12	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	12	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	12	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
13	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	13	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	13	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	13	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
14	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	14	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	14	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	14	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
15	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	15	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	15	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	15	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
16	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	16	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	16	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	16	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
17	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	17	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	17	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	17	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
18	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	18	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	18	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	18	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
19	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	19	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	19	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	19	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
20	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	20	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	20	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	20	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
21	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	21	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	21	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	21	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
22	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	22	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	22	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	22	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
23	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	23	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	23	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	23	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							
24	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	24	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	24	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	24	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0							

6 - em par						
Nº registo de notificação para follow-up de enfermagem						
Sem	%	Não	%	N/A	%	Controlo OBSERVAÇÕES
10	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
11	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
12	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
13	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
14	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
15	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
16	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
17	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
18	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
19	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
20	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
21	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
22	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	OK
23	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK
24	0,0	1	1,0	0,0	0,0	OK

APÊNDICE 12

Relatório de Auditoria (Janeiro-Fevereiro 2022; Março-Abril 2022;
Maio-Junho 2022)

**RELATÓRIO DE
AUDITORIA
INTERNA**

- Documentação de Enfermagem da Consulta de
Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo
Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem
Classificada - CIPE®-

1. INTRODUÇÃO

Foi realizada auditoria da documentação de enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes (CEPD) da Unidade de Endocrinologia do [REDACTED] no decorrer do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade “Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes”.

Período de Auditoria	Amostra	Auditor
Janeiro/Fevereiro 2022	Janeiro: 58 processos Fevereiro: 64 processos Total: 122 processos	Carina Horta

Os objetivos da auditoria foram: monitorizar o cumprimento da documentação de enfermagem, segundo a linguagem classificada - CIPE®, no processo eletrónico de enfermagem na CEPD; melhorar a eficácia da documentação de enfermagem realizados na CEPD.

A metodologia utilizada foi a aplicação de instrumentos de auditoria, nomeadamente a *check-list* de avaliação dos registos de enfermagem na CEPD, construída segundo o padrão documental em vigor no [REDACTED] e a norma de funcionamento da “Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes”.

As constatações tiveram por base a análise dos registos de enfermagem no processo eletrónico de enfermagem, na CEPD.

Itens Avaliados:

- Verificação do plano de cuidados, em relação a:
 - Atividades diagnósticas (monitorizar: glicémia capilar – hemoglobina A1c / avaliar: adesão: vigiar: o pé)
 - Diagnósticos de enfermagem (aceitação do estado de saúde / capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde / adesão / capacidade para melhorar a adesão)
 - Plano de cuidados atualizado
- Verificação das intervenções de enfermagem:
 - Intervenções adequadas aos diagnósticos de enfermagem
 - Intervenções adequadas às atividades diagnósticas
- Verificação do plano de trabalho de enfermagem:
 - As intervenções planeadas estão registadas
 - As intervenções planeadas não executadas estão justificadas

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE® -
---	---

- Análise das notas gerais:
 - Não existe duplicação de intervenções efetuadas
 - Há registo de indicação para *follow-up* de enfermagem

Posteriormente foi calculada a taxa de conformidades dos registos de enfermagem no processo eletrónico de enfermagem:

- Atribuição de score a cada critério:
 - sim=1
 - não=0
 - não aplicável (NA)=0
- Fórmula de cálculo:
 - Total de respostas “sim” / total de processos auditados x 100
 - Total de respostas “não” / total de processos auditados x 100
 - Total de respostas “NA” / total de processos auditados x 100
- Taxa de conformidade
 - “Sim” = conforme
 - “Não” = não conforme

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA

- Documentação de Enfermagem da Consulta de
Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo
Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem
Classificada - CIPE®-

2. RESULTADOS GLOBAIS

Os resultados globais em cada item da grelha de auditoria constam nos gráficos apresentados:

Gráfico 1 - Verificação do plano de cuidados de enfermagem



Gráfico 2 - Verificação das intervenções de enfermagem



Gráfico 3 - Verificação do plano de trabalho de enfermagem



Gráfico 4 - Análise das notas gerais



RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	--

2.1 Constatções

- Nos primeiros meses do ano de 2022 deu-se início à implementação dos registos de enfermagem no Processo Eletrónico de Enfermagem segundo linguagem CIPE® no [REDACTED]. No que concerne à CEPD, e visto que dois elementos da equipa de enfermagem integram o Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem (GIPE) do [REDACTED] foi dado início ao processo na consulta por esses elementos;
- Restante equipa responsável pela realização da CEPD sem formação no Processo de Enfermagem;
- O plano de cuidados é individualizado para cada cliente, sendo realizado segundo as suas necessidades de cuidados específicas, o que faz com que alguns itens da grelha de avaliação não atinjam índices de conformidade elevadas. Como se pode verificar nas atividades diagnósticas “Monitorizar: Hemoglobina A1c” e “Vigiar: o pé”, e no que diz respeito aos registos de indicação para “Follow-up de enfermagem”, onde nem todos os clientes têm esta necessidade presente;
- Existem obstáculos do foro informático em justificar a não realização de uma intervenção de enfermagem planeada, pelo que, em todos os processos de enfermagem onde foram planeadas intervenções, as que não foram efetivadas não apresentam justificação da sua não realização;
- Embora exista o diagnóstico de enfermagem “capacidade para melhorar a adesão”, não existe o diagnóstico específico para avaliar o conhecimento da pessoa com DM sobre o seu regime terapêutico;
- Existe duplicação de informação nas notas de enfermagem em texto livre das intervenções planeadas efetivadas em todos os processos auditados. Esta duplicação de informação deve-se ao facto de a informação registada nas intervenções não passar para o Processo Clínico Eletrónico, impossibilitado a continuidade de cuidados da equipa multidisciplinar.

2.2 Propostas de melhoria

- Formar a equipa de enfermagem quanto à documentação de enfermagem segundo linguagem classificada – CIPE®;
- Integrar a equipa de enfermagem na CEPD, tendo também em consideração a documentação de enfermagem;
- Agendar reunião com os restantes elementos do GIPE, para verificar a possibilidade de adicionar diagnósticos de enfermagem, nomeadamente “avaliar conhecimento sobre a adesão ao regime terapêutico”;
- Agendar reunião com a *Chief Nursing Information Officer* (CNIO) para colmatar os obstáculos do foro informático identificados.

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE® -
---	---

3. PLANO DE ACÇÃO

Constatação	Ações a Desenvolver	Data de Realização
Os registos de enfermagem no Processo Eletrónico de Enfermagem segundo linguagem CIPE® é inferior a 60%.	Formação sobre o Processo de Enfermagem.	21 Março 2022
Ausência de integração da CED.	Integração com elemento sénior na CED.	Março/Abril 2022
Ausência de diagnóstico de enfermagem relativo ao “conhecimento do regime terapêutico”	Articulação com o GIPE	Março 2022
Obstáculos do foro informático.	Articulação com a enfermeira do [REDACTED] responsável pelos sistemas informáticos.	Maió 2022

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	---

1. INTRODUÇÃO

Foi realizada auditoria da documentação de enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes (CEPD) da Unidade de Endocrinologia do [REDACTED] no decorrer do Projeto de Melhoria Continua da Qualidade “Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes”.

Período de Auditoria	Amostra	Auditor
Março/Abril 2022	Março: 78 processos Abril: 55 processos Total: 133 processos	Carina Horta

Os objetivos da auditoria foram: monitorizar o cumprimento da documentação de enfermagem, segundo a linguagem classificada - CIPE®, no processo eletrónico de enfermagem na CEPD; melhorar a eficácia da documentação de enfermagem realizados na CEPD.

A metodologia utilizada foi a aplicação de instrumentos de auditoria, nomeadamente a *check-list* de avaliação dos registos de enfermagem na CEPD, construída segundo o padrão documental em vigor no [REDACTED] e a norma de funcionamento da “Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes”.

As constatações tiveram por base a análise dos registos de enfermagem no processo eletrónico de enfermagem, na CEPD.

Itens Avaliados:

- Verificação do plano de cuidados, em relação a:
 - Atividades diagnósticas (monitorizar: glicémia capilar – hemoglobina A1c / avaliar: adesão: vigiar: o pé)
 - Diagnósticos de enfermagem (aceitação do estado de saúde / capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde / adesão / capacidade para melhorar a adesão)
 - Plano de cuidados atualizado
- Verificação das intervenções de enfermagem:
 - Intervenções adequadas aos diagnósticos de enfermagem
 - Intervenções adequadas às atividades diagnósticas
- Verificação do plano de trabalho de enfermagem:
 - As intervenções planeadas estão registadas
 - As intervenções planeadas não executadas estão justificadas

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	--

- Análise das notas gerais:
 - Não existe duplicação de intervenções efetuadas
 - Há registo de indicação para *follow-up* de enfermagem

Posteriormente foi calculada a taxa de conformidades dos registos de enfermagem no processo eletrónico de enfermagem:

- Atribuição de score a cada critério:
 - sim=1
 - não=0
 - não aplicável (NA)=0
- Fórmula de cálculo:
 - Total de respostas “sim” / total de processos auditados x 100
 - Total de respostas “não” / total de processos auditados x 100
 - Total de respostas “NA” / total de processos auditados x 100
- Taxa de conformidade
 - “Sim” = conforme
 - “Não” = não conforme

2. RESULTADOS GLOBAIS

Os resultados globais em cada item da grelha de auditoria constam nos gráficos apresentados:

Gráfico 1 - Verificação do plano de cuidados



Gráfico 3 - Verificação das intervenções de enfermagem

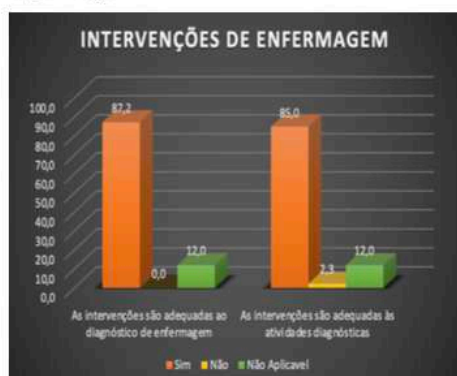
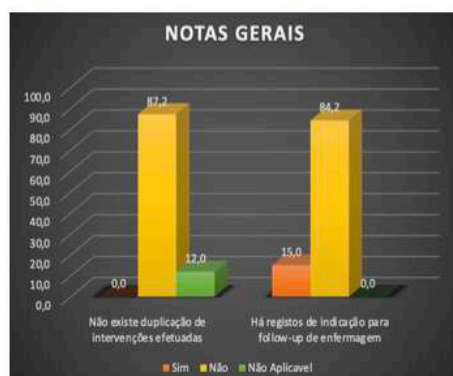


Gráfico 2 - Verificação das intervenções de enfermagem



Gráfico 4 - Análise das notas gerais



RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	--

2.1 Constatações

- Após a formação sobre o Processo de Enfermagem verificou-se um aumento significativo nos registos de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE®;
- Foi reforçada a aquisição de conhecimento pela equipa da norma de funcionamento da CEPD;
- O plano de cuidados é individualizado para cada cliente, sendo realizado segundo as suas necessidades de cuidados específicas, o que faz com que alguns itens da grelha de avaliação não atinjam índices de conformidade elevadas. Como se pode verificar nas atividades diagnósticas “Monitorizar: Hemoglobina A1c” e “Vigiar: o pé”, e no que diz respeito aos registos de indicação para “*Follow-up* de enfermagem” nem todos os clientes têm esta necessidade presente;
- Mantém-se a ausência de diagnóstico específico para avaliar o conhecimento da pessoa com DM sobre o seu regime terapêutico;
- Mantém-se os obstáculos do foro informático em justificar a não realização de uma intervenção de enfermagem planeada, pelo que, em todos os processos de enfermagem onde foram planeadas intervenções, as que não foram efetivadas não apresentam justificação da sua não realização;
- Mantém-se a duplicação de informação nas notas de enfermagem em texto livre, das intervenções planeadas efetivadas em todos os processos auditados. Esta duplicação de informação deve-se ao facto de a informação registada nas intervenções não passar para o Processo Clínico Eletrónico, impossibilitado a continuidade de cuidados da equipa multidisciplinar.

2.2 Propostas de melhoria

- Continuar a sensibilizar a equipa de enfermagem para a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada CIPE®;
- Realizar proposta ao GIPE para verificar a possibilidade de adicionar diagnósticos de enfermagem, nomeadamente “avaliar conhecimento sobre a adesão ao regime terapêutico”;
- Agendar reunião com a *Chief Nursing Information Officer* (CNIO) para colmatar os obstáculos do foro informático identificados.

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	--

3. PLANO DE ACÇÃO

Constatação	Ações a Desenvolver	Data de Realização
Obstáculos do foro informático.	Articulação com a enfermeira do [REDACTED] responsável pelos sistemas informáticos.	Maio 2022

**RELATÓRIO DE
AUDITORIA
INTERNA**

- Documentação de Enfermagem da Consulta de
Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo
Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem
Classificada - CIPE®-

1. INTRODUÇÃO

Foi realizada auditoria da documentação de enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes (CEPD) da Unidade de Endocrinologia do [REDACTED], no decorrer do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade “Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes”.

Período de Auditoria	Amostra	Auditor
Maio/Junho 2022	Maio: 73 processos Junho: 67 processos Total: 140 processos	Carina Horta

Os objetivos da auditoria foram: monitorizar o cumprimento da documentação de enfermagem, segundo a linguagem classificada - CIPE®, no processo eletrónico de enfermagem na CEPD; melhorar a eficácia da documentação de enfermagem realizados na CEPD.

A metodologia utilizada foi a aplicação de instrumentos de auditoria, nomeadamente a *check-list* de avaliação dos registos de enfermagem na CEPD, construída segundo o padrão documental em vigor no [REDACTED] e a norma de funcionamento da “Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes”.

As constatações tiveram por base a análise dos registos de enfermagem no processo eletrónico de enfermagem, na CEPD.

Itens Avaliados:

- Verificação do plano de cuidados, em relação a:
 - Atividades diagnósticas (monitorizar: glicémia capilar – hemoglobina A1c / avaliar: adesão: vigiar: o pé)
 - Diagnósticos de enfermagem (aceitação do estado de saúde / capacidade para melhorar a aceitação do estado de saúde / adesão / capacidade para melhorar a adesão)
 - Plano de cuidados atualizado
- Verificação das intervenções de enfermagem:
 - Intervenções adequadas aos diagnósticos de enfermagem
 - Intervenções adequadas às atividades diagnósticas
- Verificação do plano de trabalho de enfermagem:
 - As intervenções planeadas estão registadas
 - As intervenções planeadas não executadas estão justificadas

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	--

- Análise das notas gerais:
 - Não existe duplicação de intervenções efetuadas
 - Há registo de indicação para *follow-up* de enfermagem

Posteriormente foi calculada a taxa de conformidades dos registos de enfermagem no processo eletrónico de enfermagem:

- Atribuição de score a cada critério:
 - sim=1
 - não=0
 - não aplicável (NA)=0
- Fórmula de cálculo:
 - Total de respostas “sim” / total de processos auditados x 100
 - Total de respostas “não” / total de processos auditados x 100
 - Total de respostas “NA” / total de processos auditados x 100
- Taxa de conformidade
 - “Sim” = conforme
 - “Não” = não conforme

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA

- Documentação de Enfermagem da Consulta de
Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo
Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem
Classificada - CIPE®-

2. RESULTADOS GLOBAIS

Os resultados globais em cada item da grelha de auditoria constam nos gráficos apresentados:

Gráfico 1 - Verificação do plano de cuidados



Gráfico 2 - Verificação das intervenções de enfermagem



Gráfico 3 - Verificação do plano de trabalho de enfermagem



Gráfico 3 - Análise das notas gerais



RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	--

2.1 Constatações

- A taxa de adesão aos registos de enfermagem segundo linguagem CIPE® manteve-se não existindo aumento gradual da mesma;
- O plano de cuidados é individualizado para cada cliente, sendo realizado segundo as suas necessidades de cuidados específicas, o que faz com que alguns itens da grelha de avaliação não atinjam índices de conformidade elevadas. Como se pode verificar nas atividades diagnósticas “Monitorizar: Hemoglobina A1c” e “Vigiar: o pé”, e no que diz respeito aos registos de indicação para “*Follow-up* de enfermagem” nem todos os clientes têm esta necessidade presente;
- Embora já tenham sido solicitadas as seguintes alterações informáticas, as mesmas ainda não foram efetivadas:
 - Possibilidade de justificar a não realização de uma intervenção de enfermagem planeada;
 - *Interface* de registos de enfermagem para o Processo Clínico eletrónico;
- Mantém-se a duplicação de informação nas notas de enfermagem em texto livre das intervenções planeadas efetivadas em todos os processos auditados.

2. Propostas de melhoria

- Continuar a sensibilizar a equipa de enfermagem quanto à documentação de enfermagem segundo linguagem classificada – CIPE®;
- Agendar nova reunião com a *Chief Nursing Information Officer* (CNIO) para colmatar os obstáculos do foro informático identificados.

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA	- Documentação de Enfermagem da Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes no Processo Eletrónico de Enfermagem Segundo Linguagem Classificada - CIPE®-
---	--

3. PLANO DE ACÇÃO

Constatação	Ações a Desenvolver	Data de Realização
A taxa de adesão aos registos de enfermagem segundo linguagem CIPE® manteve-se não existindo aumento gradual da mesma.	Acompanhamento da equipa com elemento sénior durante a CEPD.	Julho/Agosto 2022
Obstáculos do foro informático.	Validar as alterações propostas ao sistema de informação	Julho 2022
Duplicação de Informação nas notas de enfermagem em texto livre.	Articulação com o GIPE para a inclusão de diagnósticos específicos para a área da diabetes que compreendam a informação necessária para a continuidade de cuidados na CED.	Outubro 2022

APÊNDICE 13

Notas de Reunião

1. ENFERMEIROS PRESENTES:

██████████ ██████████	██████████			

2. TEMAS ABORDADOS:

- ██████████ iniciou a reunião apresentado os temas a abordar durante a mesma, entre os quais:
 - Verificação da revisão Norma de Funcionamento da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento – Follow-up à pessoa com DM, após a sua implementação;
 - Verificação da *check-list* de auditoria à documentação de enfermagem, após a sua implementação;
 - Dificuldades sentidas, quanto à implementação de linguagem classificada na documentação de enfermagem;
 - Ponto de situação sobre o processo de integração dos enfermeiros na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes;
 - *Feed-back* sobre a formação em serviço realizada;
- Verificação da revisão Norma de Funcionamento da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento – Follow-up à pessoa com DM, após a sua implementação: considerou-se que a norma de funcionamento estava de acordo com a prática de enfermagem realizada em consulta, irá ser incluído um fluxograma que defina os critérios da atividade diagnóstica “avaliar: adesão”;
- Verificação da *check-list* de auditoria à documentação de enfermagem, após a sua implementação: não foram identificadas medidas corretivas ao instrumento de auditoria;
- Dificuldades sentidas, quanto à implementação de linguagem classificada na documentação de enfermagem: ██████████ refere que a equipa de enfermagem considera o processo demorado e pouco intuitivo. Sugere sejam associadas, por defeito, as atividades diagnósticas ao plano de cuidados, os diagnósticos de enfermagem irão ser documentados de acordo com o juízo. Refere ainda, que se mantém a necessidade de escrever algumas informações em texto livre, por ser informação muito específica da diabetes. Sugere-se assim adicionar diagnóstico de

enfermagem relacionado com a avaliação do conhecimento quanto ao regime terapêutico na diabetes. Este tema irá ser questionado ao GIPE e CNIO;

- Ponto de situação sobre o processo de integração dos enfermeiros na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes: o processo de integração está a decorrer sem intercorrências, é referido que os enfermeiros se sentem motivados e conseguem desenvolver competências relacionadas com a consulta por questionarem as suas dúvidas de imediato;
- *Feed-back* sobre a formação em serviço realizada: os enfermeiros do serviço beneficiaram com a formação em serviço realizada, sentiram-se estimulados e mais integrados nas dinâmicas da consulta. Ficou decidido que irá ser feito um plano anual de formação, em conjunto com a equipa médica, com temas de destaque identificados pela equipa de enfermagem;
- Foram ainda discutidas as dificuldades de migração de informação documentada pelos enfermeiros, a equipa médica referiu que não conseguem visualizar o registo de algumas intervenções de enfermagem. Foi ainda referido que informaticamente não é possível justificar as intervenções que foram planeadas e não foram executadas;
- [REDACTED] irá falar sobre os problemas identificados com o processo de enfermagem, na próxima reunião do GIPE e agendar reunião com a CNIO. Vai também atualizar a norma de funcionamento da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento – Follow-up à pessoa com DM, após a sua implementação.

Nota de Reunião elaborada por:

[REDACTED]

3. ENFERMEIROS PRESENTES:

██████████ ██████████	██████████			

4. TEMAS ABORDADOS:

- ██████████ iniciou a reunião apresentado os temas a abordar durante a mesma, entre os quais:
 - Resultados da auditoria à documentação de enfermagem;
 - Folhetos – instrumentos educativos;
 - Integração da ██████████ na CEPD;
 - Reunião com CNIO;
- Resultados da auditoria à documentação de enfermagem: foram realizados relatórios de auditoria que foram apresentados à equipa de enfermagem, sensibilizar a equipa para a continuação do bom trabalho realizado até a data quanto a este tema;
- Folhetos – instrumentos educativos: foi identificada a necessidade de criar um folheto sobre a adesão ao regime exercício físico, ██████████ sugere incluir no folheto exercícios de acordo com o nível de dependência e mobilidade;
- Integração do novo enfermeiro na CEPD: ██████████, refere que a ██████████ já se sente autónoma para realizar a CEPD, tem algumas dúvidas pontuais, mas que estão associadas à especificidade dos casos;
- Reunião com a CNIO: ██████████ fala sobre a reunião realizada com a CNIO, esta vai articular com a DOSI os constrangimentos informáticos sentidos pelos enfermeiros, incluir no plano de cuidados as atividades diagnósticas e sugeriu a realização de uma proposta formal quanto ao diagnóstico de enfermagem relacionado com a avaliação do conhecimento quanto ao regime terapêutico na diabetes;
- ██████████ sugere que o Acompanhamento – *Follow-up* fique agendado em sistema assim que é identificada essa necessidade.
-

Nota de Reunião elaborada por:

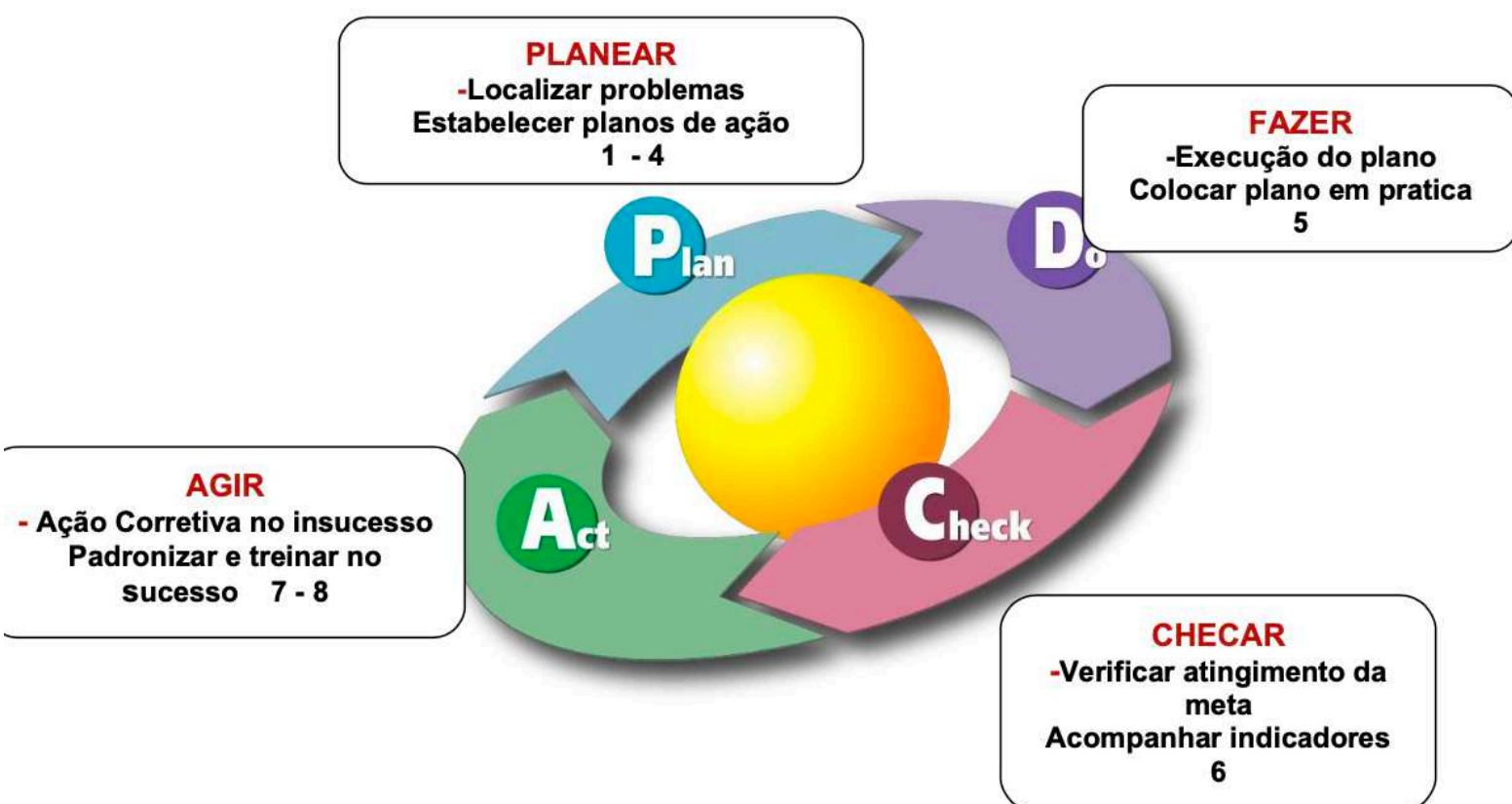
██████████

ANEXOS

ANEXO 1

Programa de melhoria continua da qualidade dos cuidados de
enfermagem

PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Graça Quaresma
2021

Projeto TIPO

1 - Identificar e descrever o problema (contextualização)

2 - Perceber o problema e dimensioná-lo

3 – Formular objetivos iniciais

4 – Perceber as causas

Check List para uma avaliação da qualidade (Heather Palmer)

5 – Planear e executar as tarefas/atividades

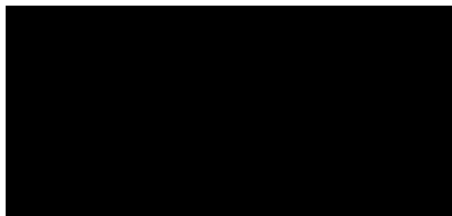
6 – Verificar os resultados

7 – Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

8 - Reconhecer e partilhar o sucesso

ANEXO 2

Parecer da Comissão de Ética



Parecer

Data: 17 de maio de 2022

Assunto: **Estudo com o título “Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Continua da Qualidade”.**

Requerente: Enf.^a Carina Horta

No seguimento do requerimento que foi feito a esta Comissão de Ética para a Saúde, exposição essa que foi objeto de reflexão por parte da mesma Comissão, vem por este meio a CES dar o seu parecer quanto ao estudo em epígrafe.

Após a devida análise e discussão em momento oportuno, determina a CES que não existem objeções éticas relativamente ao estudo com o título “Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Continua da Qualidade”.

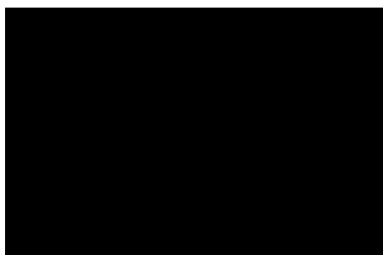
O estudo foi votado pelos membros da CES presentes:



Resultado da votação:

Parecer favorável. Deliberação aprovada por unanimidade.

A Comissão de Ética para a Saúde



ANEXO 3

Plataforma *LibreView*[®]

