

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem

**GESTÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA
COM DIABETES: QUE MODELO DE CUIDADOS?**

DISSERTAÇÃO

Dissertação de Mestrado orientada pela:

Professora Doutora Cristina Maria Correia Barroso Pinto

e co-orientada pela:

Mestre Maria Rui Miranda Grilo Correia de Sousa

Maria Cristina Costa Lamarão Rosas

Porto | 2015

Agradecimentos

A realização deste estudo resulta, sem dúvida de um esforço pessoal. No entanto estou convicta que, sem ajuda de algumas pessoas que me apoiaram e incentivaram, não seria possível a sua concretização.

Agradeço à Professora Doutora Cristina Maria Correia Barroso Pinto por ter aceitado orientar esta dissertação, pela disponibilidade, pelo incentivo, pela confiança e por todos os ensinamentos durante este percurso.

Também agradeço à Mestre, Maria Rui Miranda Grilo Correia de Sousa pelas sugestões e disponibilidade durante toda esta caminhada, nomeadamente na revisão crítica, encorajamento e confiança em mim.

Aos colegas que aceitaram participar neste estudo, às colegas do serviço pela colaboração, por me ouvirem e apoiarem nos momentos mais difíceis.

Por último, mas sempre os primeiros, aos meus filhos Maria Antónia e João pelo apoio incondicional, pela paciência e compreensão durante as minhas ausências.

MUITO OBRIGADA!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central de Sistema de Saúde
ACeS	Agrupamentos dos Centros de Saúde
AGJ	Anomalia da Glicemia em Jejum
APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CS	Centros de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DGS	Direção Geral da Saúde
DVP	Doença Vascular Periférica
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
ECLCCI	Equipa Coordenadora Local dos Cuidados Continuados Integrados
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GRT	Gestão do Regime Terapêutico
HbA1c	Hemoglobina Glicada A1c
ICN	International Council of Nurses
IDF	International Diabetes Federation
IMC	Índice de Massa Corporal
MEEU	Modelo de Empowerment Enfermeiro/Utente
MS	Ministério da Saúde
NOC	Norma de Orientação Clínica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	World Health Organization
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAI	Processo Assistencial Integrado
PAI DM2	Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2
PTGO	Prova de Tolerância à Glicose Oral
QMCED	Questionário do Modelo de Cuidados de Enfermagem na Diabetes
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SNS	Serviço Nacional de Saúde

SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
TDG	Tolerância Diminuída à Glicose
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCFD	Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
EU	Unidade de Enumeração
UF	Unidade Funcional
UID	Unidade Integrada da Diabetes
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	13
1.1. A Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários	14
1.2. Modelos de Gestão de Enfermagem	18
1.3. Enfermeiro de Família.....	20
2. DOENÇA CRÓNICA: UM DESAFIO PARA AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	23
2.1. Diabetes Mellitus Tipo 2	25
2.2. Consulta Autónoma da Diabetes	27
2.3. O Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes	29
3. MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES	31
3.1. Pessoa com Diabetes: Promoção de uma Transição Saudável	33
3.2. Modelo em Uso e Modelo Exposto.....	37
3.3. Modelo do <i>Empowerment</i>	41
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
4.1. Problema de Investigação.....	47
4.2. Finalidade e Objetivos do Estudo.....	49
4.3. Tipo de Estudo	49
4.4. População e Amostra	50
4.5. Instrumentos de Colheita de Dados	53
4.6. Procedimentos e Considerações Éticas	59
5. RESULTADOS	61
5.1. A Abordagem Qualitativa.....	61
5.2. A Abordagem Quantitativa	75
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	79
CONCLUSÃO	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	107
ANEXO I - Indicadores da área clínica da Diabetes	109
ANEXO II – Guião da Entrevista.....	113
ANEXO III - Questionário do Modelo de Cuidados de Enfermagem na Diabetes.....	117
ANEXO IV – Autorização da Autora do Instrumento de Recolha de Dados.....	123

ANEXO V – Autorização do Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro e da Comissão de Ética	127
ANEXO VI – Consentimento Informado para a Entrevista	131
ANEXO VII – Consentimento Informado para o Questionário	135
ANEXO VIII – Matriz da Análise de Conteúdo.....	139

LISTA DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1: Exemplos do comportamento do enfermeiro segundo MEEU	46
TABELA 2: Caraterização da população do estudo segundo idade, tempo na profissão, tempo nos CSP e tempo na consulta de diabetes	54
TABELA 3: Itens do Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Diabetes	59
TABELA 4 – Categoria: Objetivo da consulta	64
TABELA 5 – Categoria: Gestão da consulta	65
TABELA 6 – Categoria: Papel do enfermeiro	71
TABELA 7 – Categoria: Dificuldades sentidas pelo enfermeiro	72
TABELA 8 – Categoria: Fatores facilitadores	73
TABELA 9 – Categoria: Fatores dificultadores	75
TABELA 10 – Categoria: Aspetos a melhorar	76
TABELA 11: Posicionamento do Enfermeiro em Relação ao Tipo de Modelo de Cuidados	78

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1 - Estrutura Orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde	19
FIGURA 2 - Transições: Uma Teoria de Médio Alcance	36
FIGURA 3 - Modelo Biomédico versus Modelo do <i>Empowerment</i>	42
FIGURA 4 - Modelo do <i>Empowerment</i> Enfermeiro/pessoa	45

RESUMO

O aumento na prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 constitui um desafio à sociedade e ao sistema de saúde, ao qual urge dar resposta. A reorganização da estrutura organizacional dos CSP, com modelos de gestão partilhada, procura dar resposta às atuais necessidades de saúde da população, integrando o cidadão na gestão do seu processo saúde/doença. Com a finalidade de compreender como é feita a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, de modo a identificar o modelo orientador da prática dos enfermeiros, colocamos a seguinte questão: “Qual o modelo utilizado pelos enfermeiros na abordagem à pessoa com diabetes?”

Com este estudo pretendemos identificar o modelo que orienta a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com diabetes; perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao *empowerment* na pessoa com diabetes e, identificar os fatores inibidores e facilitadores de uma prática de enfermagem centrada na autogestão da diabetes. Para isso, realizamos um estudo exploratório e descritivo com uma abordagem mista, no ACeS Baixo Vouga. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas e do Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem (QMCE), adaptado para a população do presente estudo.

Após a análise dos dados concluímos que os enfermeiros adotam o modelo do *empowerment* na abordagem à pessoa com diabetes. Valorizam essencialmente as dimensões *Acesso ao suporte* e *Acesso à informação*. Como fatores facilitadores da prática centrada no cliente foram referidos o método de trabalho como enfermeiro de família; o reconhecimento do papel como enfermeiro, a formação e os resultados em termos de cuidados. Como fatores dificultadores foram identificados o tempo para os registos, o tempo para a consulta e o conflito de papéis.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem; Cuidados de Saúde Primários; *Empowerment*; Modelo de Cuidados; Modelos de Gestão; Pessoa com Diabetes.

ABSTRACT

The increasing prevalence of type 2 Diabetes Mellitus is a challenge to society and the health system, which demands an urgent response. The reorganization of the organizational structure of the CSP, with models of shared management, seeks to respond to the current needs of population's health, integrating citizens in the management care of their health/ disease processes. In order to understand how is the nursing consultation is to people with diabetes done and to identify the guiding model of nursing practice, we asked the following question: "What is the care model in the approach of nursing consultation of diabetic patients?"

With this study we hope to identify the model that guides the practice of nurses when addressing the person with diabetes, to realize how important is the empowerment given by nurses to the person with diabetes, and to identify the facilitating and inhibiting factors of the nursing practice focused on self-management of diabetes. An exploratory and descriptive study with a mixed approach was conducted in the Baixo Vouga ACoS. The data was collected through, semi-structured interviews and the "Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem" (QMCE) which was adapted to the target population.

From data analysis, we can conclude that nurses adopt the model of empowerment when addressing the person with diabetes. Essentially they value the dimensions of access to support and access to information. As facilitating factors the method of work as family nurse, the recognition of the nurse role, formation and results were mentioned. As hindering factors were mentioned the time required for recordings, the time available for consultation and conflict of roles.

Key words: Primary Health Care; Management Models; Nursing Consultation; Person with Diabetes; Model of Care.

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas e socioeconómicas, que se verificam quer a nível nacional quer mundial, repercutem-se nos problemas de saúde, passando de um cenário de patologias agudas para patologias crónicas, onde os estilos de vida são determinantes no seu aparecimento e/ou controlo. Estas alterações, para além de apelarem a um maior envolvimento do cidadão na gestão da sua saúde, impõem também mudanças nas organizações prestadoras de cuidados de saúde, até então predominantemente voltadas para o tratamento da pessoa com doença aguda.

A estrutura dos serviços de saúde, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários (CSP) reorganizou-se de forma a dar uma resposta mais eficaz às novas necessidades de saúde dos cidadãos. A nova estrutura organizacional dos CSP propõe assim, a adoção de novos modelos de gestão, com uma liderança estratégica centrada numa atitude proactiva promotora de mudança, e num modelo de gestão partilhado, onde se defende o método de trabalho individual e se propõe a figura do enfermeiro de família (Ramos *et al.*, 2012).

A nível dos CSP os cuidados de enfermagem implicam uma abordagem holística à pessoa, e têm, como foco de atenção, o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza uma produção de cuidados profissionais em parceria com a pessoa, capacitando-a para assumir o controlo sobre determinadas circunstâncias, exercendo poder e alcançando as suas próprias metas, com o objetivo de maximizar a qualidade de vida (Adams, 2008). Assim, o modelo de cuidados que orienta o enfermeiro na prestação de cuidados, deve ser centrado na pessoa a ser cuidada, de forma a promover o seu *empowerment*.

A Diabetes Mellitus (DM) é um dos principais problemas de saúde na maioria dos países desenvolvidos, tanto no âmbito individual como do ponto de vista de

saúde pública. O aumento na prevalência da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) constitui um desafio à sociedade e ao sistema de saúde, ao qual urge dar resposta, tal como foi salientado na Resolução de 14 de Março de 2012, do Parlamento Europeu. A acessibilidade das pessoas com DM aos CSP aumentou, mas a média da Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) por utente continua também a aumentar, assim como o número de pessoas com complicações devido à doença (SPD, 2013).

Tal como os serviços de saúde tiveram que se adaptar para dar resposta às novas necessidades de saúde da população, os modelos que orientam os cuidados de enfermagem também necessitaram de ser adaptados, pautando as intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados centrados nas pessoas, integrando o seu projeto de saúde e bem-estar. Nesse processo, os líderes de enfermagem têm um papel fulcral no planeamento do trabalho da sua equipa, constituindo-se como elementos essenciais na implementação e desenvolvimento de estratégias que visam a adoção de modelos de cuidados, fundamentados na melhor evidência científica, e que consigam capacitar a pessoa que procura os cuidados de enfermagem a gerir o seu processo de saúde/doença (Marquis e Huston, 2010).

Centrada nesta problemática, esta dissertação desenvolvida no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tem como objetivo perceber qual o modelo de cuidados adotado pelos enfermeiros na gestão da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes. Foi com base nesta problemática e questionamento constante que se considerou de interesse, quer para o campo da gestão em enfermagem quer como contributo para o desenvolvimento da profissão, identificar o modelo de prestação de cuidados subjacente na gestão da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes. Para isso, esta investigação baseia-se na seguinte questão de partida: Qual o modelo de cuidados utilizado pelos enfermeiros na consulta à pessoa com diabetes?

A escolha desta temática está relacionada com um conjunto de pressupostos que, de seguida, se explicitam:

- 1) O aumento da consciência por parte dos enfermeiros da necessidade de uma intervenção mais próxima da pessoa com diabetes, como fator promocional da sua adesão ao tratamento;

- 2) O interesse pessoal e gosto pela temática, uma vez que a investigadora integra a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes (UCFD) do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACeS) onde exerce a sua atividade profissional, o que leva a um maior nível de compromisso com o trabalho a desenvolver;
- 3) O contributo para a afirmação da autonomia da enfermagem enquanto profissão, manifestado por um corpo de conhecimento próprio.

De modo a dar resposta à questão de investigação optou-se por um estudo descritivo e exploratório, segundo uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa) e que apresenta os seguintes objetivos:

- Identificar o modelo que orienta a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com diabetes;
- Perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao *empowerment* na pessoa com diabetes;
- Identificar os fatores inibidores e facilitadores de uma prática de enfermagem centrada na autogestão da diabetes.

Decorrente do paradigma metodológico adotado neste trabalho, o trabalho de campo implicou a realização de entrevistas aos enfermeiros dinamizadores do programa da diabetes dos Centros de Saúde (CS) pertencentes ao ACeS Baixo Vouga, e a aplicação de questionários aos enfermeiros que efetuam a consulta à pessoa com diabetes. Por esse motivo, a investigação decorreu em dois tempos distintos. Numa primeira fase foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao *empowerment* na pessoa com diabetes, bem como identificar os fatores facilitadores e dificultadores de uma prática de enfermagem centrada na autogestão da diabetes. Numa segunda fase foi aplicado um questionário, com o objetivo de validar as informações das entrevistas e identificar o modelo em uso na prestação de cuidados.

Esta dissertação divide-se em seis capítulos essenciais. O primeiro capítulo apresenta a reorganização dos CSP e sua influência nos modelos de gestão de enfermagem. No segundo capítulo é abordado o desafio que as doenças crónicas, nomeadamente a diabetes, colocam às organizações de saúde e como os prestadores de cuidados se organizam por forma a dar resposta a esta

problemática. O terceiro capítulo consta de uma descrição dos modelos de cuidados de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com diabetes na sua experiência de transição, refletindo sobre o modelo em uso e o modelo exposto, e explorando o novo paradigma, o modelo de *empowerment*.

O capítulo quarto refere-se ao estudo empírico onde se descreve o método utilizado no processo de investigação, a pertinência da temática, os objetivos e justificação do estudo, o método utilizado, o contexto do estudo, a população alvo, a técnica de recolha de dados e as questões éticas e deontológicas por nós acauteladas. No capítulo cinco apresenta-se a análise e tratamento dos resultados e, no capítulo seis, realiza-se a sua discussão. Por fim, destacam-se as principais conclusões, abordam-se as limitações do estudo e problematizam-se algumas áreas que poderão constituir a génese para novos estudos.

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Neste capítulo, expõe-se com uma breve resenha histórica da gestão dos CSP, seguindo-se de uma explanação acerca dos CSP na atualidade e das suas implicações nos modelos de gestão de enfermagem. Termina-se com uma referência ao método de trabalho do enfermeiro de família.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), fixado através da constituição de 1976, caracteriza-se por beneficiar todos os cidadãos e residentes em Portugal, independentemente da sua situação perante o emprego, consagrando-se o direito universal à defesa e proteção da saúde. Os ganhos em saúde verificados ao longo dos 30 anos de SNS fizeram emergir novos determinantes da saúde, onde se destaca a adoção de estilos de vida (George, 2014). O progresso da saúde dos portugueses foi considerável entre 1978 e 2008, devendo-se ao, especificamente à melhoria da acessibilidade, por forma a garantir a universalidade dos cuidados de saúde. Um dos fatores que contribuiu para esta melhoria foi o aumento dos recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, com um aumento do número destes profissionais de 28 mil para 44 mil, entre 1990 e 2004 (Campos, 2008).

Os CSP constituem base do sistema de saúde, tal como refere Costa (2013) que a sustentabilidade do SNS começa ao nível dos CSP, assumindo-se como uma prioridade política. *“Os CSP assumem, incontestavelmente, um papel de liderança, reforçado pelos valores da equidade, solidariedade e universalidade que os sustentam”* (Portaria nº377-A/2013). A Resolução do Conselho de Ministros n.º 45 (2009), refere que o Programa do XVII Governo Constitucional na área da saúde adota os CSP como pilar central do sistema de saúde, na medida em que se constituem como um elemento essencial para facilitar o acesso dos cidadãos e garantem a qualidade, são o *“primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e da comunidade com o SNS”* (Pisco, 2007, p.60).

Os CSP em Portugal desenvolveram-se por etapas. Branco e Ramos (2001) descrevem essas etapas, que se iniciaram com a criação dos primeiros CS, denominados CS de primeira geração em 1971, com atividades como a vacinação, vigilância da saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental. Posteriormente, em 1983, os CS foram integrados nos postos dos ex-Serviços Médico-Sociais (caixas de previdência), dando origem aos CS de segunda geração. A agregação dos CS com as antigas caixas de previdência teve a intenção de promover uma racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde. O Decreto-Lei nº157/99 de 10 de maio, determina a criação, organização e funcionamento dos CS, intitulados como CS de terceira geração, baseados numa filosofia de “prática de grupo”, antevendo um processo de mudança organizacional que não pode ser implementada pela via normativa clássica. Os CS de terceira geração organizam-se em estruturas assistenciais, através de unidades operativas com missões complementares, orientadas para os utentes e para a comunidade.

1.1. A Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários

Os CS são o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, uma vez que estes têm o papel fundamental na promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação com outros serviços e recursos para a continuidade dos cuidados, como indica o decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. O referido decreto, também determina o funcionamento dos CSP, de forma a promover o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, e a estratégia de gestão tendo em conta os ganhos em saúde conseguidos pelas Unidades de Saúde Familiar (USF). Uma das principais novidades nesta legislação consiste na criação dos ACeS, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias Unidades Funcionais (UF) que integram um ou mais CS, com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica.

O CS componente do ACeS é um conjunto de UF, que continuam a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão e família com o SNS através das USF e

Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas (UCSP) e, na vertente comunitária de base populacional, através das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

O ACeS, no cumprimento da sua missão, desenvolve atividades de promoção de saúde e prevenção da doença, bem como a ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados. Tem sistemas de liderança e de organização clínica e técnica bem definidos, através do Diretor Executivo e do Conselho Clínico, e possuem mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos através do conselho da comunidade e do gabinete do cidadão (Decreto-Lei nº 28/2008).

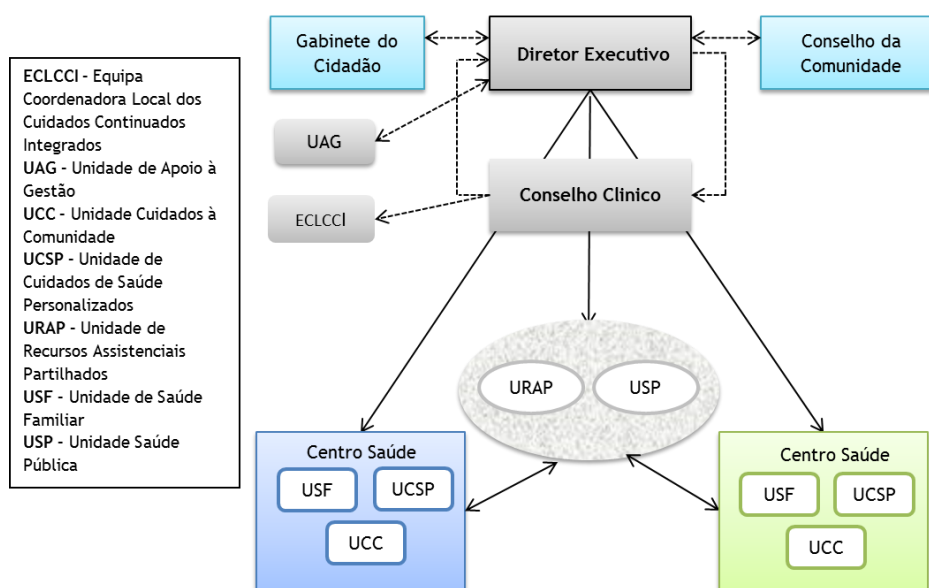
Um ACeS pode integrar as UF que a seguir descrevemos:

- Unidade de Saúde Familiar (USF) – São unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. As UF são constituídas por equipas de saúde familiar com médico, enfermeiro e secretário clínico. Estas unidades podem ainda constituir-se como:
 - Modelo A – Corresponde, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar;
 - Modelo B – É o indicado para equipas onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente (Administração Central do Sistema de Saúde - ACSS, 2009).
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCPS) –. Tem estrutura idêntica à da USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa é constituída por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos não integrados na USF.

- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social no contexto domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa é constituída por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, de acordo com as necessidades e a disponibilidade de recursos.
- Unidade de Saúde Pública (USP) – Funciona como observatório de saúde da população, com competências de promoção e prestação de saúde à comunidade. Compete-lhe elaborar informação e planos em domínios de saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde. A equipa é constituída por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.
- Unidade de Recursos Assistências Partilhados (URAP) – Presta serviços de consultadoria e assistência às unidades funcionais dos ACeS e faz articulação com os serviços hospitalares. A equipa é constituída por médicos de várias especialidades (não são de medicina geral e familiar ou de saúde pública), assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos a outras unidades funcionais.
- Unidade de Apoio à Gestão (UAG) - organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACeS, presta apoio administrativo e geral ao diretor executivo, ao conselho clínico e às unidades funcionais.

As UF acima descritas articulam-se entre si conforme está ilustrado na Figura 1.

FIGURA 1 - Estrutura Orgânica do Agrupamento de Centros de Saúde



Fonte: Adaptado do Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, (2009)

Cada uma das UF tem um coordenador, que de entre as suas competências deve “assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACeS” (Decreto-Lei nº 28/2008 nº2 do 14º artigo). O redesenho dos CSP incita para um modelo de gestão partilhado que visa, “(...) superar o modelo de gestão à distância, centralista, de tipo comando-e-controlo e passar para um modelo em que a gestão é feita a nível local de forma participada e ao serviço dos profissionais que prestam cuidados de saúde (clientes internos) e aos cidadãos (clientes externos)” (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009, p.39).

Neste novo modelo de gestão partilhada, o enfermeiro na sua UF, particularmente nas USF ou UCSP, é responsável por um conjunto de utentes/famílias, permitindo uma maior vinculação entre a família, o enfermeiro e a equipa, facilitando a intervenção mais ampla do enfermeiro, para além de um executor de cuidados de saúde. No modelo anterior de gestão das organizações de saúde, os enfermeiros eram “espartilhados” por programa/área de saúde, onde predominava o método de trabalho à tarefa.

1.2. Modelos de Gestão de Enfermagem

A gestão nas organizações de saúde tem sido influenciada por conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época ao longo dos tempos, e pelo aumento da complexidade dos problemas de saúde, do número e sofisticação das tecnologias à disposição (Tajra, 2009). As mudanças incutem nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros, o desafio de corresponder com cuidados flexíveis, inovadores e proactivos, através de uma intervenção concreta e efetiva de sistemas de reforços de participação do cidadão. Para se efetivar uma gestão de qualidade na atualidade, é necessário que se reconheçam as transformações, no plano económico, político e tecnológico, que estão a suceder nas organizações de saúde, o que não é uma tarefa fácil e faz com que, no campo da gestão em enfermagem, se tenha de procurar uma mudança de paradigma, quer na gestão clínica, quer na gestão organizacional (Ferreira, 2012a). O enfermeiro gestor envolvido no modelo organizativo, e considerando as necessidades de saúde dos clientes da sua organização influencia de forma distinta a gestão dos cuidados de enfermagem, de forma a garantir a excelência no cuidar à população.

No modelo de gestão racional, fundamentado na teoria geral da administração, norteado pelos pressupostos tayloristas, a função do enfermeiro gestor, seria a de interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação organizacional através do planeamento, organização, direção e controlo (Felli e Peduzzi, 2011, citando Chiavenato, 1985), tratando-se de um modelo centrado na organização. Nas organizações de saúde, a estrutura formal estabelece os níveis hierárquicos dos gestores indicando, pelas diferentes posições no desenho organizacional, as relações de poder entre os cargos (Kurgant e Massarollo, 2005). Cunha *et al.* (2012) referem que a gestão é necessária para incutir racionalidade, cálculo, eficiência.

As organizações de saúde dos CSP, com o seu redesenho organizacional, orientado à desconcentração na tomada de decisões, ao reforço dos mecanismos de contratualização e à implementação da gestão por objetivos (Sousa, 2009), impõe um processo de contratualização como uma ferramenta que desempenha um papel importante na nova arquitetura dos CSP, em que “a *contratualização com*

as UCSP e com as USF é já uma realidade” (OPSS, 2014, p. 85). Esta reorganização tem implementado transformações nos processos e nas estruturas de poder. As estruturas formais passaram a ter desenhos mais flexíveis, menos centralizadores, com o achatamento vertical e alargamento horizontal dos níveis hierárquicos. Informalmente, o poder é redistribuído e as relações de poder passam a ser mais igualitárias. Nesta mudança nas organizações de saúde é importante compreender melhor o papel dos líderes que são vitais para a qualidade dos cuidados prestados e satisfação do utente e do enfermeiro e promovem o *empowerment* estrutural, fator benéfico na eficácia organizacional (Oliver *et al.*, 2014). Se gestão significa administrar a realidade existente, liderança significa arquitetar a realidade da organização (Cunha *et al.*, 2012).

A essência da liderança é a capacidade de influenciar liderados, como referem Ferreira, Neves e Caetano (2011). Os líderes têm um papel determinante no modo como propiciam e valorizam o grau de iniciativa de cada enfermeiro, como conduzem o grupo e cada um *per sí* no cumprimento das regras de funcionamento, das tarefas atribuídas e das próprias relações que se estabelecem (Pereira, 2013). É desejável que os gestores planeiem junto das suas equipas ações que viabilizem a adoção de condutas éticas pelos profissionais (Massarollo e Fernandes, 2011). Os enfermeiros com *empowerment* têm a potencialidade de melhorar a qualidade do seu desempenho e aumentar a satisfação no trabalho desde que os gestores também estejam suficientemente preparados para trabalhar com *empowerment* e em parceria com os seus colaboradores (Brody *et al.*, 2012). Também o estudo de Clavelle, O’Grady e Drenkard (2013) fornece novas evidências que demonstram a relação positiva entre a gestão partilhada e a prática de enfermagem em organizações com *empowerment* estrutural.

O modelo organizativo nas UF, e em especial nas USF, transfere uma maior autonomia, coesão e responsabilização nas equipas multidisciplinares, através de trabalho por objetivos e indicadores, juntamente com a informatização e a contratualização. Esta nova organização de trabalho reclama por novos modelos de gestão, com a tomada de consciência da importância de cada um nos processos de trabalho, a necessidade de participação de todos nas decisões que dizem respeito à vida da instituição e com a eficiência da responsabilidade compartilhada (Kurcgant e Massarollo, 2005).

Mais do que as mudanças na estrutura formal, são as transformações, na estrutura informal, as que constituem entraves para mudanças proactivas, uma vez

que o grupo que detém o poder maior resiste a essas mudanças (Kurcgant e Massarollo, 2005). O relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (Ministério da Saúde, 2013), corrobora com esta ideia ao referir que, o novo modelo organizativo dos CSP é mais complexo do que o modelo de comando/controlado que tradicionalmente vigora na administração pública. É um modelo que exige mais conhecimento, qualificação, capacidade, rigor e espírito construtivo por parte de todos os intervenientes no processo, e que permite responder de forma mais adequada às necessidades em saúde da população e aos desafios com que os sistemas de saúde se debatem.

Este novo modelo de gestão incita, para além da autonomia organizativa, que os objetivos da organização passem a ser também os dos profissionais, num processo de gestão partilhada. Os resultados do estudo de Laschinger *et al.* (2014) sugerem que os esforços para aumentar o acesso ao *empowerment* estrutural para além de promover o desenvolvimento de fortes redes de relacionamentos caracterizada pelo contacto frequente, confiança e interações recíprocas positivas, e um sentimento de parceria no ambiente de trabalho do enfermeiro, são também significados importantes para garantir cuidados de enfermagem de alta qualidade que a pessoa espera, o vem corroborar o resultado do estudo de Fradique e Mendes (2013) onde concluíram que a liderança em enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

1.3. Enfermeiro de Família

Com o aparecimento dos novos modelos de gestão sentiu-se a necessidade do aparecimento de uma figura que se dedica à promoção da capacitação e envolvimento das famílias nos processos de cuidados dos cidadãos, pelo que surge, então, a figura do enfermeiro de família. A família enquanto unidade de cuidados requer intervenções de enfermagem. A figura do enfermeiro de família surgiu na Conferência Ministerial da OMS em 2000, com a Declaração de Munique (OE, 2000). No sentido de dar resposta às necessidades identificadas pelos enfermeiros na promoção do funcionamento efetivo do sistema familiar. O decreto-

Lei nº 118/2014 de 5 de agosto determina as áreas de atividade do enfermeiro de família,

“1- Sendo um recurso de proximidade, o enfermeiro de família disponibiliza cuidados de enfermagem, efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária.

2- No âmbito do exercício das suas funções, o enfermeiro de família, considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, designadamente:

a) Desenvolvendo o processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases daquele processo;

b) Focalizando -se na família como um todo e nos seus membros individualmente e prestando cuidados nas diferentes fases da vida da família;

c) Avaliando e promovendo as intervenções que se mostrem mais adequadas a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar, de acordo com as decisões estabelecidas no âmbito da coordenação da equipa multiprofissional.”

A enfermagem centra os seus cuidados na família, como um todo nos seus membros individualmente, potencializando as forças, recursos e competências da família, esta “(...) deverá ser entendida como unidade básica da sociedade que tem vindo a sofrer alterações aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros (...)” (Ramos et al., 2012). Nesse sentido, as intervenções de enfermagem centram-se nos processos de mudança inerentes às transições das pessoas ao longo do seu processo de vida, inseridas numa família e comunidade.

O decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de agosto estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família, e define que o enfermeiro de família é “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”. Clarifica também o perfil de competências deste enfermeiro e ajuda-o a participar nos processos de tomada de decisão, como cogestor e coorganizador de recursos que potenciem as capacidades da família para a gestão da sua saúde.

A implementação da atividade do enfermeiro de família obedece a um plano de ação mediante experiências piloto a desenvolver em cada administração regional de saúde, a partir do segundo semestre do ano de 2014 (decreto-Lei nº 118/2014). Para a OE (2014) cada enfermeiro de família deverá ter, em média, 350 famílias de uma determinada área geográfica. Refere ainda a OE, que para garantir

a segurança de cuidados para as famílias e dotações adequadas, cada enfermeiro deverá ter um limite máximo de 1.550 utentes.

O enfermeiro de família, como modelo organizativo de cuidados é, inquestionavelmente, uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade (Ferreira, 2010). Representa um elo de referência entre o serviço de saúde e a família, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um conjunto de famílias, nas diversas situações de crise e em todos os processos de saúde-doença, através da prestação de cuidados globais, numa perspetiva de maior proximidade e integralidade, e assente numa relação de ajuda de maior confiança.

Os enfermeiros têm um papel chave na abordagem da doença crónica, alcançando os membros mais vulneráveis e marginalizados da sociedade, como refere ICN (2014 citando Browne *et al.*, 2012).

As organizações de saúde dos CSP reorganizam-se por forma a dar uma resposta eficaz às determinantes de saúde emergentes na sociedade atual, nomeadamente os fatores de risco indutores das doenças crónicas, como é o caso da diabetes. No próximo capítulo abordaremos o desafio que as doenças crónicas colocam a essas organizações.

2. DOENÇA CRÓNICA: UM DESAFIO PARA AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Os novos determinantes impõem mudança no planeamento estratégico das organizações de saúde enquanto prestadoras de cuidados (Ministério saúde, 2012). Ao longo deste capítulo iremos abordar esta problemática, focalizando-nos na doença crónica alvo deste estudo, a diabetes. Abordaremos como as equipas de saúde familiar se organizam para responder às necessidades de saúde das famílias através da consulta autónoma da diabetes e, especificamente, através da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes.

Enquanto sistema aberto, uma organização é influenciada e influencia as mudanças que ocorrem na sua envolvente, quer se trate de mudanças ao nível tecnológico, quer se trate de mudanças ao nível dos comportamentos dos consumidores, ou mesmo de mudanças ao nível sociopolítico nacional e internacional (Ferreira, Neves e Caetano, 2011). Como afirmam Camara, Guerra e Rodrigues (2010, p.253) “*as organizações são, por natureza, conservadoras e resistem ativamente à mudança*”. De facto a tecnologia foi e será sempre mais fácil de mudar, enquanto as formas de pensar e as mudanças de atitude e cultura foram e serão sempre mais difíceis e mais lentas de alterar (Marques, 2011).

As organizações de saúde prestam serviços e caracterizam-se por trabalhar, prioritariamente, com pessoas, onde utente e família constituem o alvo de trabalho. Os problemas de saúde têm-se deslocado de quadros agudos para quadros crónicos, sendo que os comportamentos pessoais estão ligados a mais de metade dos problemas de saúde crónicos (George, 2014). A doença crónica aparece como um novo paradigma, em que os técnicos de saúde necessitam não só de saberes e competências biomédicas, mas também pedagógicas e relacionais que permitam melhor adaptação dos profissionais e dos utentes à gestão partilhada da doença,

visto que, como refere Campos (2008) as grandes epidemias deixaram de ter a sua génese em agentes patogénicos, para terem no comportamento pessoal, no comportamento social, nos usos, costumes e nas interações entre o comportamento e o meio ambiente.

As doenças crónicas acarretam custos elevados em termos humanos, sociais e económicos e impedem que as pessoas e as comunidades atinjam o seu potencial, com diminuição do número de anos de vida com qualidade (ICN, 2009). Os programas de gestão de doença ajudam a reduzir os gastos em cuidados de saúde e a manter as pessoas fora do hospital. Segundo Silva (2013) para uma boa gestão da doença é necessário que as organizações de saúde invistam num conjunto de aspetos que a facilitem. Para tal devem: identificar os doentes que necessitam de gestão da doença; encontrar os doentes para ajudar nas condições do diagnóstico e começar cedo a gestão; utilizar equipas de cuidados por forma a garantir coordenação; educar os doentes acerca do seu estado clínico e da forma como gerir os seus cuidados; avaliar regularmente os resultados e a gestão dos sintomas; relatar as rotinas, o feedback e a comunicação entre a equipa de cuidados e os doentes (Silva, 2013).

No cumprimento da estratégia nacional para a qualidade na saúde a Direção Geral da Saúde (DGS), inicia a publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI) que colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema, através de uma abordagem multidisciplinar, integral e integrada que pressupõe a reanálise de todas as atuações de que a pessoa com doença crónica é alvo em qualquer ponto do SNS, desde o início ao fim do processo assistencial (DGS, 2013). O PAI pretende proporcionar uma mudança organizacional, baseada no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados. Um dos desafios que se coloca atualmente aos profissionais de saúde, é que ponderem sobre o seu papel de educadores e de promotores de saúde.

A participação da pessoa com doença crónica na decisão informada da sua terapêutica é um direito de cidadania e tem como princípio o conceito de *empowerment* pretendendo, com isso, facilitar a adesão ao regime terapêutico. A não adesão é, muito frequentemente, causa de muitos insucessos nos objetivos clínicos e em particular de ganhos em saúde diminuídos (Duarte *et al.*, 2013). Promover a adesão ao regime terapêutico pode ser o melhor investimento para enfrentar a doença crónica, pois as consequências da baixa adesão nas doenças crónicas refletem-se negativamente na saúde das pessoas e aumentam os custos

no Sistema de Saúde (ICN, 2009). A adesão é um importante fator modificador da eficácia dos serviços de saúde. Os profissionais de saúde devem-se envolver nestes novos desafios, baseando a sua atividade numa abordagem multidisciplinar e multifacetada, necessária à adesão ao regime terapêutico (Machado, 2009).

Há uma forte evidência que a maioria dos doentes crónicos, nomeadamente as pessoas com diabetes, tem dificuldade em aderir a um regime prescrito de cuidados (ICN, 2009). A adesão terapêutica refere-se ao envolvimento ativo, responsável, flexível e voluntário da pessoa com diabetes na gestão da sua doença, que se traduz na autonomia que tem no seu controlo, em colaboração com a equipa de saúde, com base num processo de negociação e responsabilidade partilhada, tendo em conta os interesses e as necessidades da pessoa.

2.1. Diabetes Mellitus Tipo 2

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crónica de alta prevalência, que exige cuidados de saúde durante toda a vida do indivíduo, o que impõe o uso de recursos disponíveis, racionalização e coordenação entre os diferentes níveis serviços de saúde, para atingir de forma eficiente e eficaz o cuidado a prestar à pessoa com DM. Exige uma abordagem através de uma equipa multidisciplinar, onde é fundamental que haja uma atuação conjugada e integrada entre os vários profissionais, e onde é necessário que cada um conheça o seu papel e a importância do mesmo (Ministério Saúde, 2013).

A DM2 ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. O diagnóstico de DM2 aparece geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, associado à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência de diabetes. São cada vez mais as crianças que desenvolvem esta patologia. A DM2 pode ser assintomática, ou seja, pode passar despercebida por muitos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes efetuado devido à manifestação de complicações associadas ou, acidentalmente, através de um resultado anormal dos valores da

glicose no sangue ou na urina (SPD, 2013). A diabetes está associada a uma variedade de complicações graves que resultam na redução da qualidade de vida e mortalidade prematura. A deteção e tratamento precoce é uma estratégia para reduzir este problema (IDF, 2012).

Em Portugal a DM atinge cerca de um milhão de pessoas, dos quais quase metade a desconhece e é a única doença cuja taxa de letalidade se encontra em crescimento (Despacho nº 3052/2013), pois “*a organização geral da prestação de cuidados na doença crónica, não está orientada para uma resposta efetiva das necessidades das pessoas com diabetes*” (Pinheiro, 2008, p.155).

Em 2012, a diabetes representou um custo de 1977 milhões de euros (para todos os indivíduos com DM entre os 20-79 anos, correspondendo a 1 963 euros por pessoa), significando 12% da Despesa da Saúde em Portugal. Uma grande parte das complicações associadas à diabetes é evitável, através do diagnóstico precoce da doença, do controlo rigoroso sobre os níveis de glicémia, bem como de medidas que permitem agir sobre os fatores de risco das complicações. Travar o seu início e evolução, são essenciais para essa finalidade (SPD, 2013; IDF, 2012).

O primeiro passo no tratamento da DM2 é o mais importante e implica uma adaptação no estilo de vida, “*lifestyle interventions*”, nomeadamente no regime alimentar e na atividade física (Carrilho, 2012). Muitas vezes, este primeiro passo, com eventual perda de peso, é o suficiente para manter a DM2 controlada. Quando não for possível controlar a DM2, apesar da adaptação alimentar e do aumento da atividade física, é necessário iniciar tratamento farmacológico (antidiabéticos orais e/ou insulina), com um possível recurso a outros fármacos que ajudam a controlar os fatores de risco cardiovascular, como o colesterol elevado e a hipertensão (SPD, 2013).

Uma gestão eficaz da doença crónica, como a DM, pode salvar vidas, reduzir o sofrimento dos doentes e reduzir os custos, uma vez que, se se conseguir o cuidado certo no tempo certo, as pessoas com diabetes podem levar vidas normais e produtivas. Mas se, pelo contrário, a doença não é bem gerida, a pessoa pode experimentar picos nos níveis de glicémia de que resultam visitas repetidas aos serviços de urgência e, por vezes a hospitalizações. A não gestão da DM pode levar ao aparecimento de complicações macrovasculares como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e a Doença Vascular Periférica (DVP), microvasculares como a retinopatia, a nefropatia, neuropatia, pé

diabético, e até a morte. A eficácia dos comportamentos de autogestão refletem-se numa significativa melhoria dos resultados de saúde dos indivíduos e famílias, aumentando a qualidade de vida e o realinhamento das despesas de saúde, incluindo uma diminuição na procura por serviços de saúde, contribuindo para a saúde geral da sociedade (Ryan e Sawin, 2009). As evidências apontam para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no tratamento da diabetes, o que comporta a participação de enfermeiros com formação em cuidados com a diabetes, e com competências pedagógicas na educação do adulto (IDF, 2012).

2.2. Consulta Autónoma da Diabetes

Com vista à melhoria da prestação de cuidados à pessoa com DM2 a DGS, em 2013, divulgou informação respeitante ao, Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2 (PAI DM2). Este centra-se no circuito da pessoa com diagnóstico de diabetes, com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos. A gestão por PAI apela para a reorganização dos cuidados prestados, sendo necessário orientar a prática clínica para os resultados e para a qualidade, tendo como objetivo a utilização mais efetiva dos recursos. Para dar cumprimento a esta estratégia, surge o Despacho nº 3052/2013 de 26 de fevereiro que determina a criação da Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD), a criação de consultas autónomas de diabetes nos ACeS e a criação das Unidades Integradas de Diabetes (UID) nos hospitais. Assente em um modelo organizacional de prestação de cuidados especializados, pretende-se melhorar as medidas de prevenção e controlo da diabetes, através da promoção da articulação entre os diversos níveis de cuidados, da promoção da multidisciplinaridade e da participação de todas as instituições envolvidas, dando particular destaque para as organizações da sociedade civil e local.

O Despacho n.º 3052/2013 determina que as consultas autónomas de diabetes nos ACeS são destinadas ao acompanhamento das pessoas com diabetes aí inscritas, e devem,

“a) ter tempos, equipamentos, processos e procedimentos definidos por cada ACeS para uma gestão e acompanhamento mais eficiente das pessoas com diabetes, através da coordenação dos elementos da equipa multidisciplinar, tornando mais eficaz a autogestão da doença por parte dos utentes; b) estar organizadas segundo uma lógica que incorpore o estabelecimento da estrutura organizativa da consulta, a recolha e registo de história e dados clínicos para monitorização e acompanhamento, a educação e a proposta de estratégia terapêutica; c) ser composta por uma equipa multidisciplinar, incluindo, médico e enfermeiro, como estrutura básica, e sempre que possível nutricionista/dietista, promotor de atividade física, podologista, assistente social e psicólogo, como estrutura associada; d) ter uma periodicidade determinada pela equipa multidisciplinar, consoante o quadro clínico individual, mas nunca inferior a semestral.”

Na consulta autónoma de diabetes nos ACeS, a equipa multidisciplinar deve reforçar a educação da pessoa, particularmente nos aspetos relativos ao autocontrolo e autogestão da doença, nomeadamente: a) alimentação; b) atividade física; c) objetivos glicémicos e registo de parâmetros de controlo da diabetes, nomeadamente da hemoglobina glicada; d) cuidados aos pés; e) vigilância oftalmológica; e) controlo da pressão arterial; f) controlo dos lípidos; g) esquema terapêutico.

A equipa multidisciplinar define com cada pessoa, as metas e objetivos individuais a atingir, bem como a terapêutica a implementar e orienta-se por indicadores (Anexo I) alguns deles sensíveis aos cuidados de enfermagem (indicador 35-37 e 43). As práticas clínicas dos enfermeiros devem ser suportadas por um sistema de informação que garanta o registo e monitorização e que reflitam os resultados em termos de *outputs* e *outcomes*, sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ramos, 2012).

Educar para a saúde e para a autogestão da doença, providenciada por uma equipa multidisciplinar, altamente diferenciada, acessível nos níveis de cuidados adequados e com tempos de acesso apropriados, permite elevar os padrões de qualidade nos cuidados, melhorar os indicadores clínicos, diminuir a letalidade e da morbilidade atribuível, com conseqüente incremento do grau de satisfação para a pessoa (Despacho nº 3052/2013).

De acordo com o seu mandato social e desempenho de papel na equipa de saúde, são particularmente os enfermeiros quem desenvolvem com os clientes, planos de gestão do regime terapêutico que, frequentemente, envolvem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamento e que podem ser difíceis para as pessoas e suas famílias. Decorrente da identificação que os enfermeiros efetuam, quanto às dificuldades e constrangimentos, apresentados cabe ao enfermeiro planear com a pessoa e sua

família um plano para melhorar a adesão, ajudando-os a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico e constituindo-os como parceiros e recursos (ICN, 2009).

2.3. O Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes

Entendendo-se como consulta “a atividade de um profissional de saúde relacionada com uma pessoa, de onde resulta um diagnóstico e um plano” (Ministério da Saúde, 2013, p.20), a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes implica uma interação profissional entre esta e o enfermeiro, na qual a prestação de cuidados se centra em ajudá-la a desenvolver competências na autogestão da diabetes.

A relação terapêutica, promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades. O enfermeiro de família assume-se como gestor dos problemas de saúde daquela pessoa e respetiva família e fornece informação específica para o processo saúde/doença, centrada na sensibilização e compreensão da diabetes (Tzu, 2009). É importante que os enfermeiros, na relação terapêutica que estabelecem com a pessoa/família, promovam o processo de aceitação da doença, e facilitem os conhecimentos necessários para a sua compreensão de forma autónoma e participada, mantendo, em simultâneo, toda a colaboração com a equipa de saúde.

A OE (2003) refere que, as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente, quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Os enfermeiros desempenham um papel central na implementação de um modelo de prestação de cuidados na doença crónica (Bodenheimer, MacGregor e Stothart, 2005) em que, através da recolha e análise dos dados, os enfermeiros

formulam diagnósticos de enfermagem e elaboram planos de prestação de cuidados. Em todas as intervenções, o enfermeiro utiliza a metodologia de resolução de problemas inerente ao processo de enfermagem: colheita de dados, planeamento, implementação e avaliação dos resultados. Das suas intervenções fazem parte a orientação, supervisão e transmissão de informação à pessoa com vista à mudança de comportamentos, para a adoção de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde. A ICN (2009, p.10) corrobora esta ideia ao referir que,

“...enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui: Avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais); Identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; Avaliar a adesão ao tratamento.”

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são dirigidas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2003).

Aprender a gerir a diabetes implica um contacto regular entre a pessoa e a equipa de saúde e um direcionamento mais específico na medicação, na dieta que deve seguir e nas mudanças no estilo de vida que deve adotar de forma a manter o seu estado crónico afastado das complicações (agudas e crónicas) e da disrupção de vida. Deste modo os modelos de intervenção clínica exigem maior poder de comunicação e de treino e educação dos prestadores e utentes (ERS, 2011). O enfermeiro é um profissional privilegiado na relação com a pessoa com diabetes onde terá que articular a dimensão técnica, científica, relacional e ética, implicando a necessidade de desenvolver um conjunto de competências. O modelo de cuidados adotado pelos enfermeiros evolui no sentido de dar resposta às necessidades de saúde emergentes da população, fruto do desenvolvimento da sociedade.

3. MODELOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DIABETES

Neste capítulo iremos abordar os diferentes modelos das escolas de pensamento. Seguindo-se uma análise sobre a complexidade da pessoa com diabetes, foco das intervenções de enfermagem, durante o processo de transição, segundo Meleis *et al.* (2000). Faremos uma breve reflexão sobre o modelo em uso e o modelo exposto, e terminaremos com o novo paradigma do cuidar em enfermagem, o modelo de *empowerment*.

Um modelo é o modo de encarar e organizar as coisas, a fim de lhes dar significado, ele simplifica a realidade dirigindo a nossa atenção para preocupações mais específicas (Alves, 2002). Os modelos, surgem-nos como reflexo das preocupações sobre o papel específico dos enfermeiros face aos cuidados. É através dos modelos que são explicitados os fatores intervenientes na saúde – cuidados de enfermagem, pessoas, saúde, ambiente, pois “*a delimitação do domínio da enfermagem contribui para a concentração de esforços por parte dos enfermeiros, ao desempenharem intervenções específicas da sua profissão (intervenções autónomas) e ao procurarem atingir objetivos comuns*” (Alves, 2002, p.41).

As teorias de enfermagem capturam e refletem diferentes visões deste domínio, elas espelham os diferentes aspetos da realidade de enfermagem: como ela é, e como deveria ser. Meleis (1997, cit in Pereira, 2013) menciona que, nos anos cinquenta, as teóricas (Peplau, Henderson, Hall, Johnson, Abdella, King, Wieden-bach e Rogers), propuseram uma visão sobre a natureza, os objetivos e os limites dos cuidados de enfermagem, influenciadas pelo positivismo lógico que caracterizou a época. Nos finais dos anos sessenta as preocupações das teóricas centraram-se nos tipos e conteúdo das teorias: o significado da teoria, as principais componentes e as formas de análise e crítica das teorias (Im e Meleis, 1999 cit. in Pereira, 2013). Na década de oitenta, os teóricos abordam a utilidade das teorias

de enfermagem na prática clínica e na década de noventa as teorias começaram a refletir verdadeiramente a prática. O conceito de cuidar surge no início dos anos 80, onde o foco central da disciplina é o “*caring*”, ilustrado pela teoria do “*human care*” de Watson e da universalidade cultural de Leininger (Sobreira *et al.*, 2004).

Kérouac *et al.* (1994, cit. in Silva, 2006) analisaram os diferentes modelos de cuidados e dividiram-nos por cinco escolas de pensamento:

Escola das necessidades – baseada no quê da disciplina, foi desenvolvida por Virgínia Henderson, Dorothy Orem e Fay Abdellah. O foco desta escola centra-se nos problemas e necessidades dos doentes. Nesta escola, a saúde refere-se ao estado de independência da pessoa face à satisfação das suas necessidades humanas fundamentais. O papel do enfermeiro é avaliar essas necessidades e dar-lhes resposta, com o objetivo de as satisfazer.

Escola da interação – baseada no como da disciplina, foi produzida por Hildegard Peplau, I. King, I. Orlando, Joyce Travelbee, J. Paterson e L. Zderad, E. Wiedenback. O foco desta escola centra-se nas interações enfermeiro-doente, onde o enfermeiro cuida como agente terapêutico num processo de ajuda interpessoal. A enfermagem é um processo terapêutico interpessoal entre o enfermeiro, a pessoa e o meio ambiente tendo em vista facilitar os processos de transição e atingir estados funcionais de saúde.

Escola dos resultados – baseada no porquê da disciplina, concebida por D. Johnson, M. Levine, Callista Roy, Martha Rogers. Os cuidados de enfermagem têm como foco restaurar o equilíbrio, estabilidade e preservar a energia ou promover a harmonia entre o indivíduo e o ambiente. Esta escola centra-se nas respostas humanas aos processos de vida e no controlo dos fatores que geram necessidade de adaptação.

Escola do Ser Humano Unitário – baseada no a quem se dirige o exercício profissional do enfermeiro, desenvolvida por M. Newman e R. Parse, onde o ser humano é entendido como unidade viva e participante ativo nas experiências de saúde. Nesta escola a saúde é um conceito subjetivo que varia de acordo com a cultura e a pessoa e está relacionado com o bem-estar e a realização pessoal.

Escola do Cuidar – baseada no como da disciplina, semelhante à escola da interação, desenvolvida por M. Leininger, Jean Watson e S. Roach, focalizada na promoção da humanidade. “(...) se enfermagem é a profissionalização da

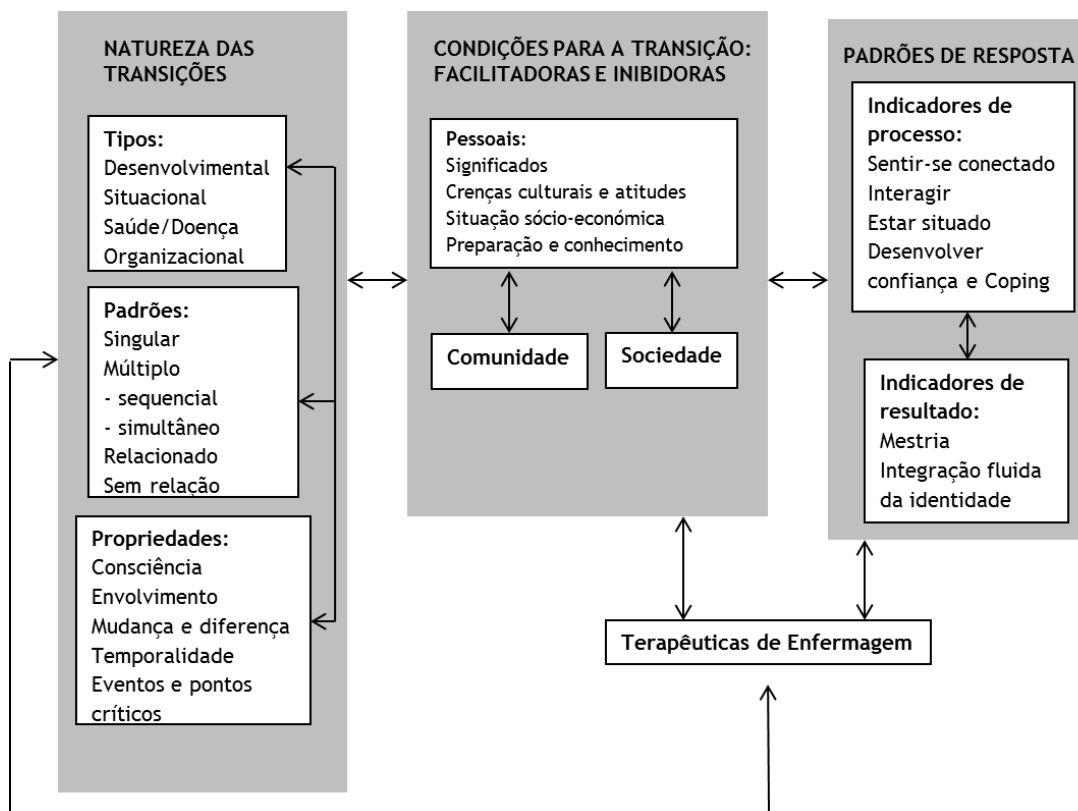
capacidade humana de Cuidar podemos assumir que a enfermagem tem um “Core” que caracteriza as particularidades, quer da disciplina, quer da profissão” (Silva, 2007, p.13). É o conhecimento do outro que permite ao enfermeiro captar, detetar e sentir as necessidades reais da pessoa, que porque se estabeleceram condições de empatia efetiva, partilha sentimentos e pensamentos subjetivos. O respeito pela cultura na relação de cuidados, passa pela valorização do conhecimento das pessoas relativamente aos fenómenos que as afetam, aos processos terapêuticos a que aderem, às doenças diagnosticadas que não valorizam, aos riscos de saúde que não provocam mudança de comportamento.

3.1. Pessoa com Diabetes: Promoção de uma Transição Saudável

A pessoa com diabetes, é antes de mais uma pessoa. É também um contribuinte, um utente, mas, em todas e quaisquer circunstâncias, um indivíduo com direitos e com deveres. Para Meleis (2007) a pessoa/cliente de enfermagem é o recetáculo de cuidados ou o potencial recetáculo de cuidados. É importante conhecer a pessoa com diabetes, tendo em conta as suas representações, conceções, interesses, dificuldades, estilos de vida e os fatores que influenciam as suas decisões. Desta forma os enfermeiros colaboraram assertivamente na negociação dos objetivos, dando estímulos positivos para o desenvolvimento das suas capacidades, para uma melhor adesão e gestão autónoma do tratamento (APDP, 2013). A pessoa desenvolve habilidades na constante interação com o ambiente para nele se adaptar, num processo de transição, onde o risco da vulnerabilidade, do desequilíbrio e da frustração pode gerar dificuldades, existindo um potencial de desajustamento. A experiência humana e a resposta durante a transição, tornam-se centrais para o interesse da enfermagem. Para compreender a experiência da pessoa durante a transição, é necessário desocultar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou inibem o processo, em direção a uma transição saudável. Estas condições estão esquematizadas na Figura 2 através dos diversos componentes da teoria de médio alcance de Meleis (2007). Tendo por

base o trabalho de Meleis *et al.* (2000) passamos a espartilhar a complexidade da pessoa com diabetes.

FIGURA 2 - Transições: Uma Teoria de Médio Alcance



Fonte: Adaptado de Meleis et al (2007, p.227)

Cada transição caracteriza-se pela sua própria singularidade, complexidade e múltiplas dimensões. A natureza da transição da pessoa com diabetes enquadra-se no tipo saúde/doença, que resulta da passagem de um bem-estar para um estado de doença crónica (quando é diagnosticada a diabetes), ou ainda da cronicidade para um novo bem-estar que envolva a cronicidade (quando completa a transição relacionada com a diabetes).

Os enfermeiros devem considerar todos os padrões de transições significativas num indivíduo ou família, em vez de se concentrar apenas num tipo específico de transição, como é o caso da diabetes. A pessoa com diabetes pode estar a passar apenas pela transição ligada à diabetes ou por várias transições e estas, podem ser sequenciais ou simultâneas.

Meleis *et al.* (2000) referem que as transições são complexas e multidimensionais. Estes autores identificaram várias propriedades essenciais de experiências de transição.

O nível de consciência reflete-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que constitui um conjunto esperado de respostas e as percepções dos indivíduos sujeitos a semelhantes transições. Para que a pessoa com diabetes realize a transição deve ter consciência das mudanças que estão a acontecer, da fisiopatologia da diabetes, e das habilidades que deve adquirir para a autogestão da diabetes. O nível de envolvimento da pessoa com diabetes que está ciente das alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais é diferente daquela de uma pessoa que desconhece a fisiopatologia da diabetes e como controlá-la. Mudança e diferença são, também, propriedades essenciais nas transições. Transições são o resultado das mudanças (e.g. estilos de vida). A diferença é outra propriedade de transições, exemplificada pelas expectativas não atendidas ou divergentes. As transições são caracterizadas por fluxo e movimento ao longo do tempo. Pontos críticos são associados ao aumento da consciência da mudança ou diferença ou envolvimento mais ativo em lidar com a experiência de transição.

Existem condições para a transição que podem ser facilitadoras ou inibidoras. Meleis *et al.* (2000) explicam, que para compreender as experiências da pessoa durante a transição - a gestão da diabetes, é necessário descobrir as condições pessoais e ambientais que facilitam ou impedem o progresso para alcançar a transição saudável.

As condições pessoais, os significados atribuídos a eventos, precipitando uma transição e o próprio processo de transição podem facilitar ou dificultar transições saudáveis. Atitudes e crenças culturais, quando alguns mitos são anexados a uma experiência de transição, podem inibir a evolução favorável da transição. O *status* socioeconómico baixo pode ser inibidor da transição saudável. Outro fator nas condições pessoais é a preparação e o conhecimento, a preparação antecipatória facilita a experiência de transição, intrinsecamente relacionado com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante uma transição e que estratégias podem ser úteis na sua gestão.

As condições da comunidade, os recursos comunitários também facilitam ou inibem as transições. Fatores facilitadores são o apoio de parceiros e famílias, informações obtidas por profissionais de saúde. Fatores inibidores de uma transição

saudável incluem recursos insuficientes, informações insuficientes ou contraditórias. O ICN (2009) corrobora com esta ideia ao referir que a adesão ao tratamento da doença crónica, é influenciada por vários fatores, como: baixo estatuto socioeconómico; distância dos centros de tratamento; características da doença; crenças culturais acerca da diabetes e do tratamento.

As condições sociais, a sociedade também pode ser um fator facilitador ou inibidor para a transição. Para se reintegrar na sociedade a pessoa com diabetes adota vários comportamentos, nomeadamente: a procura de saberes para gerir a diabetes; o reforço de comunicação com os outros; o pedido de ajuda às pessoas que a rodeiam e o estabelecimento de relações com outros diabéticos.

Numa transição saudável os padrões de resposta, são visíveis através de indicadores de processo e resultado. As transições desdobram-se ao longo do tempo, identificando indicadores de processo que permitem verificar se a pessoa se encontra direcionada para uma transição saudável ou em direção à vulnerabilidade e ao risco, o que permite uma avaliação precoce e a intervenção dos enfermeiros de forma a facilitar os resultados saudáveis. Os indicadores de processo, estes padrões de resposta incluem sentir-se conectado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e lidar.

Sentir-se conectado aos profissionais de saúde que podem responder a perguntas é um importante indicador de uma experiência de transição positiva. Outro indicador de processo é interagir, através da interação do significado da transição e dos comportamentos desenvolvidos em resposta à transição criam-se diádes no contexto de autocuidado e cuidador eficaz. Estar situado, é importante para a maioria das experiências de transição, localização implica frequentemente um movimento unidirecional de um lugar para outro. Fazer comparações também é uma forma de "situar-se" em termos de tempo, espaço e relações. Desenvolver confiança manifesta-se ao nível da compreensão dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, gestão da diabetes e viver com a diabetes - a nível de utilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias de gestão.

Os indicadores de resultado envolvem o domínio sobre as habilidades necessárias para gestão da transição e o desenvolvimento de uma Integração fluida da identidade. Os níveis em que estes resultados são atingidos podem refletir-se na qualidade de vida para quem está a passar pela transição. A transição saudável da

diabetes, é determinada pela medida em que os indivíduos demonstram mestria no domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerir a nova situação.

Meleis e Trangenstein (1994 cit. in Meleis *et al.*, 2007) definem a missão de enfermagem num quadro de transição, como a compreensão das experiências implícitas na transição (diagnóstico da diabetes e gestão da diabetes), o que requer descobrir as experiências da pessoa com diabetes no contexto das ações/reações com as pessoas que lhe são significativas. Inclui também descobrir os significados ligados às experiências da transição dentro da sociedade em particular, bem como descobrir quais as forças que facilitam/inibem o alcance de transição saudável. Os enfermeiros desenvolvem competências específicas para acompanharem este processo junto da pessoa com diabetes, respeitando as suas condições, capacidades, disponibilidade e motivação para satisfazer os autocuidados (Pereira, 2013). Ação do enfermeiro centra-se no atendimento às necessidades da pessoa para ajudar e para melhorar a sua capacidade de adaptação, a sua capacidade de autocuidado, saúde e bem-estar. Promovendo assim a mestria na gestão da sua saúde.

Esta teoria remete-nos para a importância de nos centrarmos na pessoa e em todo o processo que pode ocorrer desde o diagnóstico de uma doença. Os enfermeiros procuram maximizar os pontos fortes, ativos e potenciais que contribuem para a restauração dos níveis ótimos da saúde da pessoa com diabetes.

3.2. Modelo em Uso e Modelo Exposto

A conceção de Nightingale acerca do ambiente como o foco dos cuidados de enfermagem, e sua advertência aos enfermeiros, referindo que não é suficiente saber apenas sobre as doenças para ajudar os doentes a recuperar, constituíram as primeiras tentativas de diferenciação entre os focos de enfermagem e de medicina. O domínio biomédico das práticas, disciplinarmente mais desenvolvido e socialmente mais poderoso, predominou sobre o que tinha sido iniciado por

Nightingale e dirigido ao core da enfermagem: a saúde, a higiene, o ambiente e o cuidado, (Meleis, 2007 e Silva, 2011).

As teorias que evoluíram do domínio da prática médica dirigida a fenômenos médicos, sinais, sintomas, cirurgia, medicamentos, e doenças. Foram as primeiras a fornecer documentação do contexto clínico aos alunos, o que era medicina e cirurgia. O domínio médico, com as suas teorias biomédicas, ditou os procedimentos que possam ter sido realizados por enfermeiros, numa perspetiva de cuidados de enfermagem.

A era de total dependência da prática dos enfermeiros no modelo biomédico, negligencia o utente como foco central de cuidados e como um ser humano. Ao mesmo tempo, negligencia o meio ambiente como vital no cuidado da pessoa doente e no processo reparador. Isto é bem descrito por Norris (1982) citada por Meleis (2007, p.138),

“O conhecimento de enfermagem, devido à sua estreita aliança dos enfermeiros com a medicina, tem sido tradicionalmente orientada para os sintomas. Os sintomas representam processos cujos produtos finais são a insuficiência dos sistemas corporais a menos que haja intervenção médica. Segue-se que a maior parte da avaliação de enfermagem tem sido um processo de identificação de um problema traçando-o em à volta do modelo biomédico, se se considerar do ponto de vista de uma falha do organismo humano. Grande parte da intervenção de enfermagem surgiu a partir de tentativas de auxiliar ou complementar a intervenção médica e medidas para prevenir ou reduzir o desconforto causado pela patologia ou tratamento médico”.

O modelo biomédico tem vindo a dominar os procedimentos de prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade, apesar de se assumir o conceito holístico de saúde. De facto, *“em muitas das organizações de saúde predomina a abordagem clássica de organização de trabalho, em que as ações de enfermagem desenvolvem-se em conformidade com uma prescrição de técnicas e com uma hierarquização acentuada entre os que decidem e os que executam”*, (Moniz, 2000, p.247). A ERS no seu relatório (2011), refere que, no caso da DM, o principal interesse dos prestadores de cuidados aparenta centrar-se no controlo glicémico, como indicador clínico, enquanto que, a implementação da educação para a saúde conforme determinam as circulares normativas e técnicas da DGS, mais especificamente, a circular normativa nº 14/2000 de 12 de dezembro, não tem sido realizada na dimensão desejável. Os enfermeiros conhecem o conceito e sabem como realizar a prática humanizada mas ainda não aplicam esse conhecimento a todas as situações, atribuindo a responsabilidade a fatores externos a si mesmos (Oliveira *et al.*, 2013). Na sua maioria, as atividades exercidas pelos enfermeiros

são predominantemente de índole curativa e existindo alguma dificuldade quanto à autonomia (Silva, 2011).

No contexto da prestação de cuidados de enfermagem, as decisões que os enfermeiros tomam podem ser classificadas pela sua qualidade e pelo impacto das ações baseadas nas decisões. O objeto da tomada de decisão dos enfermeiros no processo de cuidar (modelo em uso), deverá estar relacionado com o objeto de estudo da própria disciplina (modelo exposto) como refere Silva (2006). Quanto mais diminuído for este hiato, entre o modelo em uso e o modelo exposto, mais visíveis serão os cuidados.

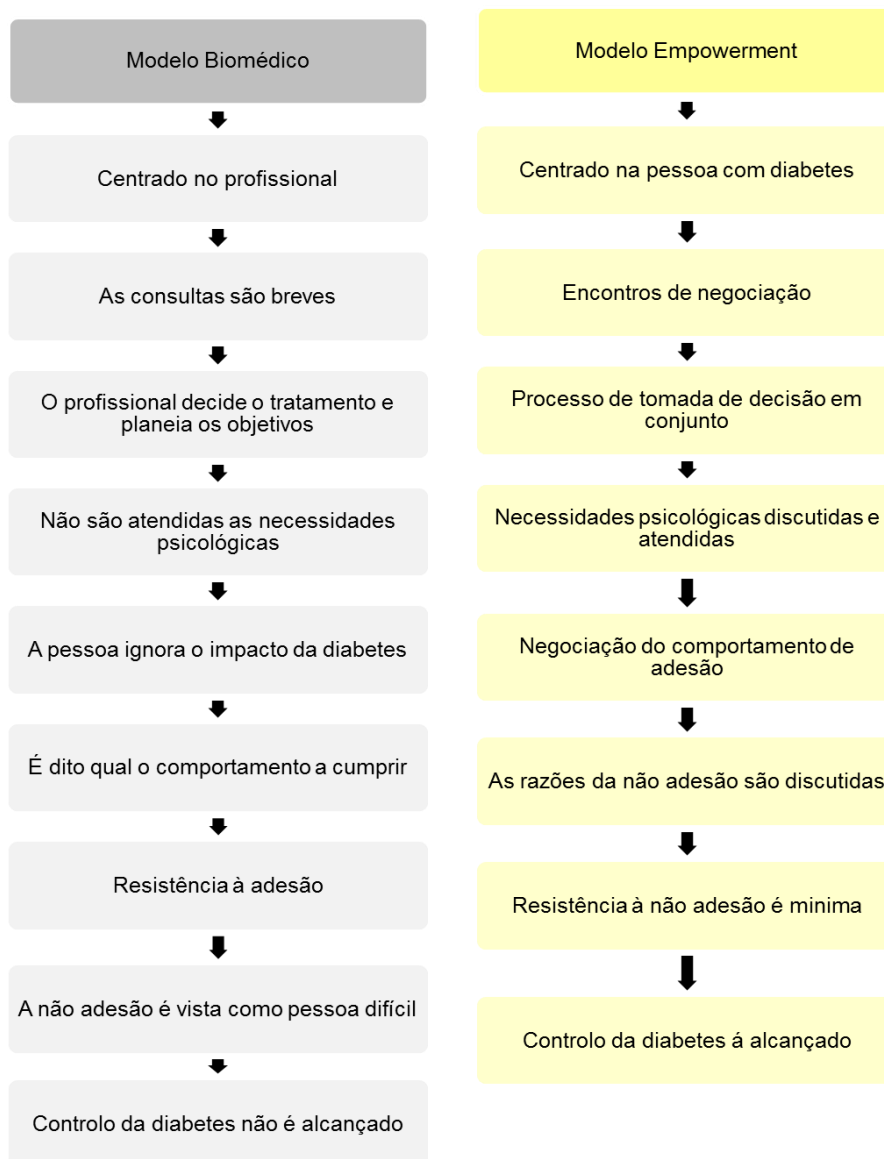
O modelo biomédico pressupõe que o doente seja um elemento passivo, cumpridor de “ordens” médicas, tendo em conta o diagnóstico e terapêutica. Nesse modelo a pessoa é vista como uma executora que deve obedecer ao que lhe é solicitado, não participando ativamente nas decisões que lhe dizem respeito (Machado, 2009). A não adesão à terapêutica é vista como resultado direto de um desvio da personalidade do doente (Pais-Ribeiro, 2007).

A evolução do modelo de prestação de cuidados tem sido apontada em diversos documentos, nomeadamente na Declaração de Alma-Ata (1978) onde se pode ler que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde, e corroborada com a ideia do Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, nomeadamente no Eixo Estratégico – Cidadania em Saúde (2012, p.4),

“O cidadão é o centro do Sistema de Saúde, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder às suas necessidades, satisfação e legítimas expectativas enquanto indivíduo e enquanto elemento de uma comunidade, e nos seus diversos papéis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade, para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment)”.

Meeto e Gopaul (2005) referem que os profissionais de saúde que adotam o modelo do *empowerment* na prestação de cuidados à pessoa com diabetes, têm a perceção de que estas ficam capacitadas e bem informadas sobre a diabetes, e que estão conscientes dos seus direitos. A filosofia do *empowerment* representa claramente uma mudança de atitude da pessoa com diabetes e do profissional de saúde. Na Figura 3 esquematiza as principais diferenças dos dois modelos.

FIGURA 3 – Modelo Biomédico versus Modelo Empowerment



Fonte: Adaptado de Meeto e Gopaul, 2005

Neste sentido, tem vindo a crescer a importância atribuída à filosofia da promoção da saúde e do movimento de *empowerment*. O modelo de *empowerment* sugere um conjunto de mais-valias, quer ao nível da melhoria na qualidade de vida da pessoa e da sua capacidade de tomada de decisão, quer na redução da dependência dos profissionais de saúde. Através da utilização deste constructo promove-se o desenvolvimento de uma cultura participada na área da saúde.

3.3. Modelo do *Empowerment*

O *empowerment* é definido como a capacidade de uma pessoa para fazer escolhas efetivas, ou seja, a sua capacidade de transformar as escolhas em ações e resultados desejados. Assim o *empowerment* capacita a pessoa a tomar decisões sobre o seu processo de saúde (Carvalho, 2004). Como aspeto central do *empowerment* Carvalho (2004) considera que o controlo dos indivíduos sobre o próprio destino é mais importante que o controlo sobre os determinantes da saúde. Para tal, a pessoa deve adquirir competências tais como, o desenvolvimento da autoestima, a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e sociofamiliares. Estas competências promovem na pessoa a concretização das suas próprias análises para a tomada de decisão, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade. Através do *empowerment* os cidadãos adotam estratégias individuais e coletivas, com o objetivo de reduzir e eliminar comportamentos que possam comprometer a saúde, e a adoção ou desenvolvimento de um conjunto de atitudes que promovem o aumento dos níveis de saúde.

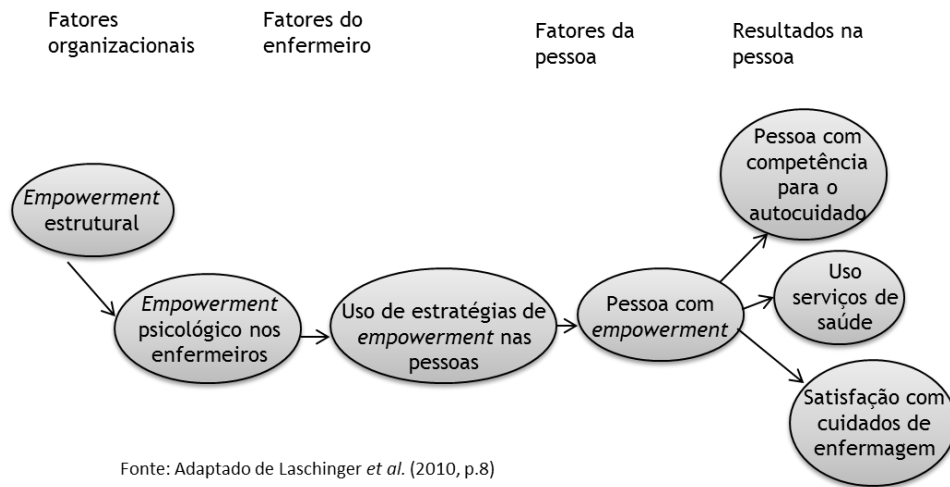
O *empowerment* desbloqueia o potencial de eficácia das pessoas no seu contexto laboral, que é caracterizado por mudanças por vezes caóticas e por condições de elevada competitividade (Sommer *et al.*, 2010). Laschinger *et al.* (2010) desenvolveu o modelo de *empowerment* estrutural de Kanter e incluiu o conceito de *empowerment* psicológico de Spreitzer. O *empowerment* psicológico procura dar resposta ao ambiente de trabalho no contexto do *empowerment* estrutural e consiste em quatro componentes: autonomia, autoeficácia, significado e capacidade de ter um impacto na organização. Assim, *empowerment* psicológico é o mecanismo através do qual *empowerment* estrutural afeta os profissionais trabalhando atitudes e comportamentos.

O conceito proposto por Spreitzer (1997) citado por Ferreira (2012b) está dividido em quatro dimensões que se interligam e coadjuvam no *empowerment* psicológico: Competência percebida - crença que o indivíduo possui na sua capacidade para realizar as atividades com habilidade; Impacto - grau de influência que possui face ao resultado final de uma determinada tarefa; Autodeterminação –

sentimento de domínio, autonomia, sobre a escolha face ao início e regulação das atividades; Significado - valor atribuído à finalidade da tarefa desempenhada em função dos ideais ou normas.

A teoria de *empowerment* estrutural de Kanter tem sido testada em enfermagem (Laschinger, 1996; Laschinger *et al.* 2001, 2004; Siu *et al.*, 2005 cit in Laschinger *et al.*, 2010). A pesquisa efetuada mostrou que os enfermeiros que sentem que o seu ambiente de trabalho promove o *empowerment* estão mais satisfeitos com a sua atividade profissional, sentem-se mais eficazes na realização do seu trabalho. Envolvem maiores níveis de qualidade no atendimento ao seu cliente nas suas unidades de saúde. Segundo o mesmo autor, o constructo de *empowerment* de Kanter pode ser alargado para a relação terapêutica do enfermeiro com a pessoa e para os resultados nos cuidados prestados. Nesta inter-relação, o enfermeiro presta cuidados de forma a garantir que a pessoa obtenha as informações que lhe permitam tomar decisões sobre as questões de saúde relacionadas com o tratamento, de modo a promover o bem-estar.

Uma abordagem em parceria na prestação de cuidados promove o *empowerment* na pessoa através da participação ativa na gestão da sua doença. Os enfermeiros perscrutam as oportunidades de educação para a saúde na pessoa, ampliando o seu património de saúde, comportamentos e capacidades. Esta descrição sobre a promoção do *empowerment* na pessoa pelos enfermeiros é consistente com a noção das condições do ambiente de trabalho do *empowerment* estrutural de Kanter. A proposta do modelo integrado do *empowerment* baseado na teoria de Kanter está ilustrado na Figura 4. Este modelo demonstra as inter-relações entre as propostas dos constructos (*empowerment* estrutural e *empowerment* psicológico) que ligam as condições de trabalho dos enfermeiros ao processo de prestação de cuidados de enfermagem e os resultados nas pessoas.

FIGURA 4 - Modelo *Empowerment* Enfermeiro/pessoa

Este modelo fornece uma estrutura que conceitua o enfermeiro e a pessoa com *empowerment*. Haugh e Laschinger (1996 cit in Laschinger *et al.*, 2010) referem no seu estudo que o acesso ao *empowerment* estrutural, descrito na teoria de Kanter no ambiente de trabalho dos enfermeiros promove níveis mais elevados de *empowerment* psicológico. Demonstraram ainda no seu estudo que, os enfermeiros estão mais habilitados ao *empowerment* psicológico se trabalharem com gestores com *empowerment*. Os mesmos autores defendem que, como resultado de existir *empowerment* estrutural e psicológico nos ambientes de trabalho, permite que os enfermeiros fiquem vocacionados a adotarem comportamentos de *empowerment* com as pessoas, que, por sua vez, resultará em níveis mais elevados de autonomia nelas. Isto é, as pessoas vão entender que têm acesso à informação, ao apoio, a recursos e oportunidades para aprender e crescer em competências que promovam a sua saúde e, portanto, vão sentirem-se mais capacitados psicologicamente na sua vida diária. Finalmente, o modelo sugere que a parceria enfermeiro/pessoa com *empowerment* conduz a resultados positivos no sistema de saúde, levando a um menor uso dos serviços de saúde, devido à promoção de competências para o autocuidado e para uma gestão eficaz da saúde.

Passamos a descrever como cada um dos componentes do *empowerment* estrutural descrito por Kanter (1993) se exprime na prestação de cuidados à pessoa (Tabela 1), e como se pode revelar nos procedimentos de enfermagem, na adoção do Modelo de Empowerment Enfermeiro/Utente (MEEU), definido por Laschinger *et al.* (2010). Para as pessoas obterem ou manterem um nível ótimo de saúde no quotidiano das suas vidas, precisam de ter acesso a informações, a recursos, a apoio e oportunidades.

TABELA 1: Exemplos do comportamento do enfermeiro segundo MEEU

Dimensões do <i>empowerment</i>	Comportamentos do enfermeiro
Acesso à informação	<p>Providenciar informação relevante aos utentes, associada a respostas claras às suas questões</p> <p>Executar intervenções de Enfermagem, administrar medicações e executar tratamentos apenas depois de explicar o seu objetivo</p> <p>Utilizar as tecnologias da informação de forma criativa</p> <p>Familiarizar os utentes com o ambiente</p>
Acesso ao suporte	<p>Perceber como as crenças dos utentes, os seus pensamentos e os seus sentimentos podem afetar os seus esforços.</p> <p>Perguntar o que os utentes esperam obter das suas interações com os profissionais de saúde</p> <p>Descrever o seu papel de cuidador e apoiar o direito dos utentes à autonomia na sua tomada de decisão</p> <p>Respeitar a escolha dos utentes</p> <p>Oferecer comentários encorajadores por atingirem objetivos de saúde específicos</p> <p>Trabalhar de forma silenciosa durante a noite para permitir que os utentes descansem</p> <p>Providenciar um ambiente de suporte, assumindo uma abordagem de parceria nos cuidados</p>
Acesso a recursos	<p>Facilitar o acesso dos utentes aos elementos da equipa interdisciplinar</p> <p>Ajudar os utentes a identificar os seus próprios recursos internos e externos</p> <p>Criar práticas centradas nos utentes que incentivem a autogestão</p> <p>Dar o tempo necessário aos utentes para atingir as suas atividades de vida diárias</p>
Acesso a oportunidades para aprender e crescer	<p>Providenciar aos utentes oportunidades de aprendizagem a um nível adequado, sem utilizar linguagem complexa</p> <p>Providenciar oportunidades para que os utentes possam praticar novas habilidades</p> <p>Ajudar os utentes a utilizar o seu conhecimento e as suas habilidades para gerir os seus próprios problemas de saúde</p> <p>Suplementar o suporte na autogestão dos utentes com informação</p>
Poder informal	<p>Estabelecer parcerias com as famílias</p> <p>Promover alianças fortes entre utentes e os profissionais de saúde da equipa de cuidados</p> <p>Desenvolver relações sólidas entre a família, os amigos e a comunidade.</p> <p>Trabalhar com os utentes no sentido de identificar estratégias para desenvolver alianças de suporte</p> <p>Encarar os utentes como importantes aliados no processo de promoção da saúde</p>
Poder formal	<p>Adotar uma aproximação flexível para gerir os cuidados, que fomente a autodeterminação dos utentes</p> <p>Negociar com os utentes os horários dos cuidados</p> <p>Encorajar os utentes a tomar decisões sobre os cuidados</p> <p>Perceber que existe mais do que uma forma de alcançar objetivos mutuamente definidos</p> <p>Permitir aos utentes que decidam quando comer e beber e em que atividades querem participar</p> <p>Evitar a utilização de posturas dominantes</p> <p>Dirigir-se aos utentes apenas após permissão</p> <p>Mostrar disponibilidade para realizar cuidados aos utentes, assim que necessitarem</p>

Fonte: Adaptado de Laschinger *et al.* (2010) cit. in Ferreira (2012b, p.51)

Os enfermeiros desempenham um papel importante ao ajudar as pessoas a identificar estas fontes de *empowerment* nas suas situações de saúde.

1. Acesso à informação. O enfermeiro ao trabalhar em parceria com a pessoa, pode identificar quais as informações necessárias para resolver determinados problemas de saúde que a pessoa considere importante para ela. Ao fornecer as informações necessárias sobre os custos e benefícios da terapêutica e opções comportamentais, os enfermeiros aumentam o acesso da pessoa a esta fonte de *empowerment*.
2. Acesso ao suporte. É outro aspeto do modelo de *empowerment* no trabalho do enfermeiro com a pessoa para produzir resultados positivos. Funnell e Anderson (2004 cit. in Laschinger *et al.* 2010) sugerem que esta fonte de *empowerment* pode ser realizada através de: escutar os medos e preocupações identificadas pela pessoa; informar sobre as crenças, pensamentos e sentimentos da pessoa que podem dificultar ou apoiar os seus esforços; perguntar às pessoas que tipo de resposta pretendem obter dos cuidados de saúde.
3. Acesso a recursos. O enfermeiro trabalha com a pessoa no sentido de identificar os recursos que podem ser utilizados para resolver os problemas de saúde. Os enfermeiros, ao facilitarem o acesso a recursos clínicos que podem ser necessários, ao apresentarem recursos alternativos dentro dos sistemas familiares e comunitários e ao facilitarem o acesso da pessoa à equipa interdisciplinar, estão a promover esta fonte de *empowerment* (Laschinger *et al.*, 2010).
4. Acesso a oportunidade de aprender e crescer. O enfermeiro pode colaborar com a pessoa para criar oportunidades de adquirir novos conhecimentos e habilidades para a gestão da sua saúde e bem-estar. Em vez de resolver os problemas de saúde pela pessoa, os enfermeiros conseguem ajudar as pessoas a usarem o conhecimento e as habilidades existentes ou adquiridas na gestão dos seus próprios problemas de saúde de modo a alcançarem níveis superiores de bem-estar. Estabelecer parcerias com as famílias e pessoas para desenvolverem objetivos de colaboração é uma importante estratégia de *empowerment* (Funnell e Anderson, 2004 cit. in Laschinger *et al.*, 2010).
5. Poder informal. Este poder desenvolve-se na pessoa a partir das redes de alianças e relações de apoio. Este tipo de poder pode ser promovido na pessoa quando os enfermeiros incentivam o desenvolvimento de fortes

alianças entre a pessoa e os membros da equipa de saúde, bem como com outros profissionais da comunidade (Laschinger *et al.*, 2010). Ajudar as pessoas a identificar estratégias para desenvolverem essas alianças, representa um comportamento de *empowerment* importante na prestação de cuidados de saúde (Funnell e Anderson, 2004 cit in Laschinger *et al.*, 2010).

6. Poder formal. É adquirido através do desempenho de atividades que sejam visíveis e/ou relevantes para a resolução de problemas saúde. Os enfermeiros têm uma grande influência na aquisição deste tipo de poder formal por parte das pessoas ao incentivá-las, encorajá-las e apoiá-las na autogestão da sua saúde (Laschinger *et al.*, 2010). O enfermeiro incentiva participação da pessoa na gestão da sua saúde. Promover o poder formal na gestão dos problemas de saúde das pessoas torna-se um foco de cuidados de enfermagem no processo de *empowerment*, onde o enfermeiro colabora na aquisição de um nível ótimo de saúde na pessoa.

O *empowerment* estrutural no ambiente de trabalho, que fornece acesso ao suporte, recursos, informações e oportunidades para aprender e crescer, tem sido demonstrado ser importante, e tem efeitos positivos sobre satisfação dos enfermeiros do trabalho (Laschinger *et al.*, 2014). Os enfermeiros que se manifestam mais satisfeitos com a sua profissão revelam mais capacidade de tomada de decisão no contexto de trabalho, e expressam uma maior perceção de autonomia profissional (Ribeiro, 2011).

Os ambientes de trabalho com *empowerment* estrutural estão organizados por forma a proporcionar o acesso a informação, apoio, recursos e oportunidades de aprender e crescer, os enfermeiros estarão com *empowerment* psicológico e consequentemente promovem comportamentos de *empowerment* na pessoa, que por sua vez irá resultar em ganhos de saúde para a pessoa e para o sistema de saúde. O estudo de MacPhee *et al.* (2011) fornece evidências de que uma política de *empowerment* estrutural pode capacitar líderes de enfermagem, que potencialmente irá resultar numa equipe com *empowerment*.

Apoiados nestes conceitos, esta investigação foca-se concretamente nos enfermeiros que trabalham com as pessoas com diabetes, pretendendo indagar que modelos orientam a sua prática.

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O processo de investigação científica é composto por várias etapas, em que, “(...) tendo como base a revisão de literatura, o investigador deve definir a metodologia que irá utilizar para abordar o problema em análise” (Neves, 2014, p. 169). Após a explanação do tema de investigação no enquadramento teórico, prossegue-se, neste capítulo, com a fase metodológica que, tal como refere Fortin (2009), orienta para um conjunto de meios e de atividades próprias, que abrange a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, o recrutamento dos participantes e a utilização de instrumentos de medida fiéis e válidos, a fim de assegurar a credibilidade dos resultados.

4.1. Problema de Investigação

A fase da formulação do problema é decisiva no processo de investigação pois vai interferir na escolha da metodologia a utilizar, tal como refere Fortin (2009). Antes da formulação do problema de investigação é imprescindível a análise de um conjunto de fatores que nos permitam compreender o estado da arte.

A DM é uma das principais causas de morbimortalidade de magnitude mundial. De acordo com a IDF (2013, cit. in SPD, 2013) no ano de 2013 a DM matou 5,1 milhões de pessoas. Em Portugal a prevalência da DM, em 2012, é de 12,9% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, e representou cerca de sete anos de vida perdida por cada óbito, na população com idade inferior a 70 anos (SPD, 2013).

A SPD (2013) revela que nos CSP a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde aumentou, do qual resultou: o aumento do número de pessoas com DM2 com consulta registada; o aumento do número médio de consultas de Diabetes por utente com DM; o aumento do número de pessoas com DM2 com registo de observação do pé; o aumento da média de HbA1c por utente e, o número de pessoas com DM que sofrem de complicações.

As pessoas com DM2, podem ter uma vida plena e sem grandes limitações. Através do empenho dos enfermeiros, no que concerne ao ensino e acompanhamento na gestão da doença crónica, no qual interfere o modelo de prestação de cuidados adotado, na gestão da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, promovendo a realização de uma transição saudável.

Da revisão da literatura podemos concluir que existem estudos científicos sobre diabetes, o seu controlo e tratamento, sobre as dificuldades sentidas pelo diabético e família na adesão e gestão do regime terapêutico mas, denota-se uma incipiente realização de estudos que descrevam as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na realização da consulta de diabetes, e qual o modelo de cuidados utilizado.

A fonte do tema para este estudo – consulta de diabetes – situa-se no contexto clínico, ao tentar perceber qual o modelo de cuidados que os enfermeiros de família usam na abordagem à pessoa com diabetes. Fortin (2009) refere que a exploração empírica pode aumentar os conhecimentos que se tem sobre as questões de carácter clínico e conseqüentemente, estes podem ser utilizados na prática. Após a escolha do tema de investigação importa delimitar o ângulo sob o qual o problema será analisado, visto que *“o tema de estudo é o aspeto do problema que se quer estudar; a questão pivô é uma interrogação que precede o tema de estudo e o situa num certo nível de conhecimentos”* (Fortin, 2009, p.73). A questão de partida deste estudo situa-se no nível descritivo:

Qual o modelo utilizado pelos enfermeiros na abordagem à pessoa com diabetes?

4.2. Finalidade e Objetivos do Estudo

Uma vez que a natureza do desenho de investigação depende do tipo de objetivos definidos (Fortin, 2009) um estudo exploratório ou descritivo é o que mais se adequa à problemática deste estudo (Baptista, 2011). Com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem mais significativos para as pessoas, pretendemos indagar qual o modelo orientador da prática dos enfermeiros, pois este pode promover/dificultar o *empowerment* do cliente na autogestão da sua saúde. Assim, propomos os seguintes objetivos para o presente estudo de investigação:

- Identificar o modelo que orienta a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com diabetes;
- Perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao *empowerment* na pessoa com diabetes;
- Identificar os fatores inibidores e facilitadores de uma prática de enfermagem centrada na autogestão da diabetes.

4.3. Tipo de Estudo

Realizamos um estudo descritivo, pois pretendemos “*identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população*” (Fortin, 2009, p.236). Recorremos a uma abordagem mista, uma vez que o estudo tem duas componentes de análise, uma de carácter qualitativo, e outra de carácter quantitativo. De acordo com Farra e Lopes (2013, p.67) a utilização simultânea de elementos qualitativos e quantitativos revela-se importante pois permite aumentar o conhecimento sobre os factos,

proporcionando ganhos relevantes para a pesquisa. A abordagem mista permitiu-nos uma transferência contínua de dados de diferentes modalidades qualitativas e quantitativas. A força dos resultados provenientes da análise quantitativa, juntamente com a descrição explicativa, proveniente da análise qualitativa, tal como defende Castro *et al.* (2011), revela-se de interesse para o processo investigativo. Também a existência de potencialidades nas articulações das distintas posturas quantitativistas e qualitativistas tal como nos apresenta Landim *et al.* (2006), tornaram mais rico este estudo, uma vez que estes métodos são complementares nos seus pontos fortes e nas suas limitações, podendo ser usados com sucesso numa mesma investigação (Oliveira, 2014; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Habitualmente a abordagem mista utiliza estratégias diversas para responder às questões de pesquisa, sendo que estas são implementadas concomitantemente ou sequencialmente (Driessnack, Sousa e Mendes, 2009). A presente investigação decorreu em dois tempos distintos. Primeiramente foram realizadas entrevistas para compreender de que forma é que os enfermeiros organizam as consultas de enfermagem à pessoa com diabetes, assim como para identificar o seu posicionamento face aos cuidados (modelo de cuidados) e quais os fatores facilitadores ou dificultadores de uma prática centrada na pessoa. Seguidamente foi aplicado um questionário que nos permitiu identificar o modelo em uso. A opção por estes dois métodos pretendeu compreender as diferenças entre o modelo conceptual de cuidados e a realidade dos mesmos.

4.4. População e Amostra

Na opinião de Fortin (2009, p.311) a “(...) *população é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente*”. Assim, a população alvo diz respeito a toda a população na qual o investigador está interessado e que tenha características comuns. Este estudo teve como população os enfermeiros que fazem a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes no ACeS Baixo Vouga. Foram critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro de família nas unidades USF e UCSP no ACeS Baixo Vouga;
- Realizar consulta de diabetes há, pelo menos, um ano.

Na abordagem qualitativa, utilizando entrevistas, recorreremos a uma amostra intencional assegurando que os enfermeiros a entrevistar fossem os que mais poderiam enriquecer a investigação, pela sua experiência na consulta à pessoa com diabetes.

Com este propósito os enfermeiros que foram convidados a participar nas entrevistas, para além de cumprirem os critérios de inclusão, são membros dinamizadores do programa da diabetes no seu CS, constituindo um total de 10 enfermeiros. Benner (2005) refere a relação positiva entre conhecimento e experiência e a capacidade para raciocinar e resolver problemas e Silva (2006) corrobora ao referir que a capacidade para combinar o conhecimento e a experiência é essencial na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, que se vêm tornando cada vez mais frequentes na prática clínica de enfermagem. É essencial o envolvimento mútuo do investigador e dos participantes sobre os estudo a realizar, visto que pretendemos assimilar o fenómeno tal como é vivido e relatado pelos participantes (Fortin, 2009).

Na aplicação dos questionários participaram todos os enfermeiros de família que realizam consulta de diabetes no ACeS (incluindo os que foram submetidos a entrevista), nomeadamente nas unidades funcionais USF e UCSP, totalizando 219 profissionais. Destes enfermeiros foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença de maternidade e em atestado médico, perfazendo um total de 180 profissionais. Destes, apenas 98 preencheram o questionário, devolvendo-o à investigadora.

A população do estudo é predominantemente feminina com 85 (86,7%) enfermeiros do sexo feminino e 13 (13,3%) de enfermeiros do sexo masculino.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados descritivos relativos à caracterização da população do estudo segundo idade, tempo na profissão, tempo nos CSP e tempo na consulta de diabetes.

TABELA 2: Caracterização da população do estudo segundo idade, tempo na profissão, tempo nos CSP e tempo na consulta de diabetes

	M	DP	Min.	Máx.
Idade	40,84	7,90	25	56
Tempo na profissão	17,99	8,13	2	36
Tempo nos CSP	12,57	7,45	1	33
Tempo na consulta da diabetes	7,55	5,12	1	26

A média de idades dos participantes é de 40,84 anos, com uma amplitude de variação da idade dos participantes de 31 anos. O tempo médio na profissão de enfermagem é de 17,99 anos. O número de anos que os enfermeiros exercem a sua atividade nos CSP apresenta uma média de 12,57 anos. O tempo (experiência) na consulta de pessoas com diabetes é de 7,55 anos.

Em relação às habilitações académicas é de salientar que 98% (96) dos enfermeiros deste estudo possuem o grau académico de Licenciatura e destes 27,6% (27) possuem também a especialidade. Em relação ao grau de Mestre a população em estudo apresenta 4,1% (4) de enfermeiros com mestrado. Os enfermeiros que têm especialidade e mestrado representam 3,1% (3) da amostra. Por último, esta população tem 2,0% (2) de enfermeiros com o grau de Bacharelato.

Dos enfermeiros com especialidade destaca-se a especialidade de Saúde Pública ou Comunitária com 10,2% (10), seguida da especialidade de Saúde Materna e Obstétrica com 7,1% (7), da especialidade de Saúde Infanto-juvenil com 5,1% (5), da especialidade de Reabilitação com 4,1% (4), especialidade de Saúde Mental com 3,1% (3) e, por último, da especialidade de Médico-cirúrgica com apenas 1% (1).

Relativamente a atividades formativas nos dois últimos anos verificamos que 51% (50) dos enfermeiros realizaram formação no âmbito da diabetes, e que 56,1% (55) da população do estudo refere que não possui formação suficiente para a prestação de cuidados à pessoa com diabetes. Da população em estudo, 41,8% (41) indica as causas da sua formação insuficiente: 78% (32) referem necessidade de formação no âmbito da gestão terapêutica, 12,2% (5) sentem carência de formação em estratégias de adesão e 9,8% (4) indicam a pouca acessibilidade aos programas de formação na organização onde trabalham.

4.5. Instrumentos de Colheita de Dados

A escolha do método de colheita dos dados considera o nível de investigação e deve ser apropriado de modo a recolher a informação junto dos participantes de forma a responder às questões de investigação. Deste modo, podem ser utilizados vários instrumentos ou técnicas, como por exemplo, as entrevistas (dirigida ou semidirigida) ou os questionários (Fortin, 2009).

Entrevista Semiestruturada

A entrevista é uma técnica flexível de recolha de informação que implica um contacto entre o entrevistador e o entrevistado. Esta permite obter informações sobre factos, dados objetivos, mas também sobre o que as pessoas sabem, acreditam, pretendem, fazem, dando explicações, racionalidades ou opiniões (Bardin, 2014).

A entrevista semiestruturada desenvolve-se de forma formal mas flexível, através de um guião estruturado como referência, onde o investigador engloba um conjunto de tópicos que deve abarcar (Polit, Beck e Hungler, 2004), para garantir que todas as áreas das questões são abrangidas. A narrativa e o seu contexto são fontes de informação, possibilitando a colocação de perguntas de forma a maximizar a informação. O papel do entrevistador centra-se no encorajamento dos participantes a falarem livremente sobre todos os aspetos contemplados pelo guião, proporcionando um ambiente motivador e de confiança. A ordem das questões não deve obedecer a uma estrutura rígida mas antes flexível, podendo iniciar-se por questões mais simples, evoluindo para as mais complexas, (Fortin, 2009). Cabe ao entrevistador criar um clima de confiança.

O guião da entrevista semiestruturada foi elaborado, especificamente para este estudo para ser aplicado aos enfermeiros dinamizadores do programa da diabetes no seu CS, de modo a que fossem abordados todos os aspetos pertinentes para a compreensão do fenómeno em estudo. Este foi elaborado com

base na literatura consultada, nomeadamente no tipo de gestão da consulta à pessoa com diabetes e nas dimensões do modelo do *empowerment*. Com ele pretendemos estimular o entrevistado a verbalizar as suas experiências relativas ao funcionamento da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, de modo a identificar o modelo de cuidados subjacente.

Após construído o guião da entrevista foi validado pela investigadora e pelas orientadoras do estudo e realizado um pré-teste com três enfermeiros. Este serviu de treino e preparação à investigadora, permitindo perceber a adequação das perguntas, o tempo despendido e a profundidade dos dados obtidos.

O guião de entrevista é constituído por duas partes: a primeira destina-se à caracterização dos participantes (dados sócio-demográficos); a segunda, sobre a forma de questões relacionadas com o tema, permite-nos compreender qual a importância que os enfermeiros atribuem ao modelo do *empowerment*, quais os fatores facilitadores e inibidores de uma prática centrada na pessoa, qual o objetivo da consulta de diabetes e qual o papel do enfermeiro nesta consulta (ANEXO II). Como forma de minimizar a pré-estruturação do discurso, promovendo a espontaneidade, não foram disponibilizadas previamente as questões aos entrevistados.

Os enfermeiros foram inicialmente contactados pela investigadora via telefone ou pessoalmente, momento no qual eram explicados os objetivos e a finalidade do estudo e era definido o dia, a hora e o local da entrevista, sempre de acordo com a disponibilidade do entrevistado. Optamos por marcar as entrevistas no local de trabalho do enfermeiro entrevistado, para não interferir com a organização do seu trabalho. Foi garantida a confidencialidade das entrevistas permitindo aos enfermeiros a oportunidade para refletir as suas rotinas e ações quotidianas. A todos os entrevistados foi solicitada a autorização para se proceder à gravação das entrevistas.

O conhecimento e a relação existente entre a investigadora e os entrevistados facilitaram a realização das entrevistas. No entanto, tivemos em consideração que esta proximidade poderia refletir-se nos participantes, levando-os a responder de acordo com o que lhes pareceria mais profissionalmente aceite (modelo exposto). Neste sentido, procuramos criar um clima “seguro” para que os profissionais pudessem exprimir as suas perceções e interpretações acerca do

modelo orientador da consulta, na sua experiência de cuidar de pessoas com diabetes. A transcrição integral das entrevistas foi realizada pela investigadora.

Em relação aos domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo descritos por Bardin (2014), o campo trabalhado neste estudo de investigação apresenta como código e suporte a linguística oral através da comunicação dual pela entrevista. As entrevistas, após a sua transcrição integral, constituíram o *corpus* da análise, em que cada entrevista constitui a unidade de contexto, cujas dimensões são necessárias para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo, sendo esta a unidade de significação a categorizar, “*segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização*” (Bardin, 2014, p.130). A unidade de registo utilizada no nosso trabalho foi o tema, que segundo Bardin (2014), é a unidade de significação que se liberta do texto analisado, cumprindo os critérios para a finalidade do estudo. O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências (Bardin, 2014), o que se enquadra neste trabalho.

Bardin (2014) sugere que as diferentes fases da análise de conteúdo se organizem em torno de três polos cronológicos pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A fase da pré-análise – tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de forma a estabelecer um plano de análise. É a fase da organização propriamente dita. Nesta fase procedeu-se à leitura flutuante onde a investigadora estabeleceu contacto com as entrevistas a analisar, após a sua transcrição integral e constituição do corpus. Para que a análise de conteúdo seja válida procuramos obedecer às categorias de fragmentação da comunicação, assim: Cumriu-se a regra a exaustividade, tendo em conta todos os elementos desse corpus; os participantes na abordagem qualitativa deste estudo foram convidados a participar, através técnica de amostragem intencional, tendo em consideração os objetivos do estudo, cumprindo assim a regra da representatividade. A regra da homogeneidade foi cumprida ao elaborarmos um guião para a entrevista semiestruturada e a regra de pertinência foi igualmente cumprida pois as entrevistas serviam para atingir o objetivo do estudo.

Na fase da exploração do material, esta fase consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras

previamente formuladas. Definiu-se como unidade de contexto a entrevista e como unidade de registo o tema, com a significação que se liberta do texto analisado. A categorização é um processo de classificação das unidades de registo segundo os critérios previamente definidos. As categorias são classes que reúnem um grupo de unidades de registo sob um título genérico em função das características comuns dessas unidades. O critério de categorização utilizado neste trabalho é por categorias temáticas (semântico). A categorização tem como objetivo principal fornecer por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto (Bardin, 2014).

Bardin (2014) determina que um conjunto de boas categorias deve possuir as seguintes qualidades: a exclusão mútua, esta condição estipula que cada unidade de registo não pode pertencer a mais de uma categoria; o princípio da exclusão mútua dependa do cumprimento da qualidade da homogeneidade das categorias; a pertinência, se está ou não adaptada ao que se pretende com o estudo; a objetividade e a fidelidade, o investigador define claramente os índices que determinam a entrada de uma unidade de registo numa categoria; por último a produtividade, um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, propõe inferências e adianta interpretações a propósito dos objetivos previstos (Bardin, 2014). Esta fase será descrita e operacionalizada no próximo capítulo.

Questionário do Modelo de Cuidados de Enfermagem na pessoa com Diabetes

O questionário é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados e possui algumas vantagens, tais como a natureza impessoal do questionário e a uniformidade da apresentação e das diretivas, o que assegura uma constância de um questionário para outro e, por este facto a fidelidade do instrumento, o que torna possíveis as comparações entre os respondentes (Fortin, 2009).

Utilizamos o questionário construído por Ferreira (2012b), que tem por base o Modelo de *Empowerment* Enfermeiro/Utente (MEEU), definido por Laschinger *et al.* (2010) e já referido anteriormente. Este instrumento, no estudo original de Ferreira

(2012b) apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,76 para a escala global. O questionário de modelo de Cuidados de Enfermagem (QMCE) foi adaptado à população do presente estudo, e apresenta um alfa de Cronbach de 0,73 para a escala global.

O instrumento de recolha de dados utilizado, o Questionário do Modelo de Cuidados de Enfermagem na Diabetes (QMCED) integra uma avaliação sociodemográfica e questões sobre o modelo de cuidados de enfermagem na diabetes (ANEXO III).

O QMCED respeitou a estrutura do instrumento já validado por Ferreira (2012b), mantendo-se a formulação de duas frases representativas de comportamentos do enfermeiro na diabetes de acordo com cada uma das seis dimensões definidas no MEEU: *Acesso à informação*; *Acesso ao suporte*; *Acesso a recursos*; *Acesso a Oportunidades para Aprender e Crescer*; *Poder Informal*; e *Poder Formal*. Para cada comportamento/atitude baseado no MEEU, criou-se outro correspondente, no mesmo contexto, com base no Modelo Biomédico (BM), num total de 24 afirmações (Tabela 3), que foram dispostas no questionário lado a lado, criando assim questões do tipo diferencial semântico.

TABELA 3: Itens do Questionário de Modelo de Cuidados de Enfermagem na Diabetes (QMCED)

Modelo do <i>Empowerment</i> MEEU	Modelo Biomédico
Acesso à Informação	
1-Na consulta de enfermagem forneço informação adequada às dúvidas que a pessoa com diabetes apresenta.	Na consulta de enfermagem forneço a informação que costumo transmitir, por norma, a todas as pessoas com diabetes.
9-Na consulta de enfermagem informo o diabético sobre as vantagens e desvantagens das diferentes opções que pode tomar para controlar a sua diabetes evitando o aparecimento de complicações.	Na consulta de enfermagem informo o diabético apenas sobre os benefícios das opções que considero mais adequadas para controlar a diabetes e evitar as complicações.
Acesso ao Suporte	
4- Na consulta de enfermagem respeito as escolhas informadas do diabético, mesmo que estas sejam diferentes das que eu tomaria para mim.	Na consulta de enfermagem sou eu a decidir, como se estivesse na situação do diabético.
5- Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a perceber de que forma as suas crenças, medos e sentimentos podem afetar os esforços no controlo da diabetes.	Na consulta de enfermagem digo ao diabético para colocar as suas crenças e os seus medos de parte e afastar os maus pensamentos.

Modelo do <i>Empowerment</i> MEEU	Modelo Biomédico
Acesso a Recursos	
2-Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a perceber quais os recursos disponíveis nas instituições de saúde e na comunidade mais adequados para si.	Na consulta de enfermagem informo apenas sobre os recursos das instituições de saúde e da comunidade que considero melhor para o diabético.
3 -Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a identificar os recursos para controlar a sua diabetes	Na consulta de enfermagem digo ao diabético quais os recursos para controlar a sua diabetes.
Acesso a Oportunidades para Aprender e Crescer	
8-Na consulta de enfermagem utilizo estratégias personalizadas para ajudar o diabético a aprofundar os conhecimentos e as capacidades que necessita para controlar a sua diabetes.	Na consulta de enfermagem ensino e demonstro ao diabético os cuidados a ter para controlar a sua diabetes da mesma forma que faço para todos os outros diabéticos.
12-Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a utilizar os seus conhecimentos e habilidades para gerir a sua doença.	Na consulta de enfermagem digo ao diabético o que deve fazer para gerir a sua doença.
Poder Informal	
7-Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a encontrar estratégias para desenvolver relações sólidas com a família, os amigos e a comunidade.	Na consulta de enfermagem centro-me apenas no diabético, não envolvendo a sua família, os amigos e a comunidade.
10-Na consulta de enfermagem facilito o contacto e a relação do diabético com outros elementos da equipa de saúde.	Na consulta de enfermagem estabeleço pelo diabético o contacto com os outros elementos da equipa de saúde.
Poder Formal	
6-Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a perceber as diferentes formas de alcançar os objetivos mutuamente definidos.	Na consulta de enfermagem transmito, sobre a forma que considero mais adequada, apenas a informação necessária para que o diabético consiga atingir os objetivos por mim propostos.
11-Na consulta de enfermagem incentivo o diabético a tomar as suas próprias decisões de forma informada sobre os cuidados a ter na autogestão da sua diabetes.	Na consulta de enfermagem digo ao diabético quais os cuidados a ter no controlo da sua diabetes.

Face à questão escolhida foi solicitado ao enfermeiro que assinalasse o grau de valorização que lhe atribuíria. Para analisar o grau de valorização, utilizou-se uma escala tipo Likert de 8 itens: Sempre (8), Quase sempre (7), Por vezes (6) e Raramente (5), se a resposta se situava no MEEU, e Sempre (4), Quase sempre (3), Por vezes (2) e Raramente (1) se a resposta do enfermeiro se situava no MB.

A variável preferência pelo modelo foi operacionalizada em três categorias, preferência pelo MEEU, se o enfermeiro escolhia as duas questões da mesma dimensão do MEEU; preferência pelo MB, se escolhia as duas questões do MB; ou Modelo Misto, quando assinalava uma questão do MEEU e a outra do MB.

Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizados procedimentos de natureza descritiva e inferencial, com recurso ao programa IBM SPSS, versão 20.0 para o Windows.

Para sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados recolhidos utilizou-se a estatística descritiva, nomeadamente as Frequências absolutas e relativas; as Medidas de tendência central – média (M); e as Medidas de dispersão ou variabilidade – desvio padrão (DP); Mínimos (Mn) e máximos (Mx), dependendo dos dados em questão.

Ao nível da análise estatística inferencial, recorreu-se à utilização de testes não paramétricos, Kruskal-Wallis e Chi-Square tendo em conta que os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov ($p=0,010$) e Shapiro-Wilk ($p=0,003$) demonstram que a distribuição da amostra não é normal ($p < 0,05$). Utilizou-se o teste de Mann-Whitney (U) para comparar médias de variáveis contínuas em grupos independentes.

4.6. Procedimentos e Considerações Éticas

O cumprimento dos princípios éticos associados a um trabalho de investigação e às pessoas nela envolvida foi uma constante preocupação ao longo do estudo. As diretrizes éticas consideradas na presente investigação foram: 1) a obtenção do consentimento para utilização do instrumento de recolha de dados pela autora e a autorização ao Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro e respetiva Comissão de Ética para a realização deste estudo; 2) garantir e assegurar a confidencialidade das respostas e reproduzir os dados com fidedignidade e responsabilidade. De seguida apresentamos a cronologia dos procedimentos metodológicos do estudo, de forma a fornecer uma perspetiva sequencial do seu desenvolvimento. Detalhamos os procedimentos metodológicos, nomeadamente, técnicas de recolha de dados e questões éticas.

Em Junho de 2013, entregámos o pedido de admissão à Dissertação na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Em Outubro de 2013 pedimos autorização à autora do instrumento de colheita de dados. Após a devida autorização, adaptamos o questionário à população alvo deste estudo, enfermeiros que exercem cuidados à pessoa com diabetes - Questionário do Modelo de Cuidados de Enfermagem na Diabetes (ANEXO IV) e procedemos à realização do pré-teste, o qual decorreu sem dificuldades.

Em Dezembro de 2013 foi pedido autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética da ARS Centro e ao Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, cujo parecer foi favorável (ANEXO V).

Durante os meses de Abril e Maio de 2014, realizamos as entrevistas aos enfermeiros dinamizadores do programa da diabetes no seu CS. Combinou-se antecipadamente o dia, hora e local da entrevista para a realização das entrevistas, de forma a não interferir com a organização do trabalho do enfermeiro entrevistado, e garantir a disponibilidade e privacidade necessárias. A duração das entrevistas oscilou entre os 30 e os 50 minutos. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas, após assinatura do consentimento informado (ANEXO VI).

Em Junho de 2014 distribuímos 180 questionários em envelope fechado com o respetivo consentimento informado, a todos os enfermeiros de família das UF do ACeS, com experiência em consulta de diabetes há pelo menos um ano, através dos enfermeiros dinamizadores do programa da diabetes nos CS respetivos. Foi dado um prazo de cerca de um mês para a sua recolha. Os profissionais procederam ao preenchimento de forma individual, e após o seu preenchimento devolveram ao enfermeiro dinamizador que, por sua vez, remeteu-os em envelope fechado para a investigadora. Os consentimentos informados (ANEXO VII) seguiram separados do questionário, para garantir a confidencialidade dos dados. Dos 180 questionários distribuídos foram devolvidos 118; destes questionários 12 estavam em branco e 8 foram anulados por estarem incorretamente preenchidos. Ficamos com 98 questionários corretamente preenchidos.

Durante os meses de Julho, Agosto e Setembro de 2014 procedeu-se à análise, interpretação e discussão dos dados.

5. RESULTADOS

A análise dos dados exige, num primeiro tempo, que se organize e trate dos dados de maneira a que se possa descrever a população alvo e dar resposta às questões do estudo. Segundo Baptista (2011) a fase de tratamento de dados está relativamente formalizada e pretende resumir, organizar e estruturar, os dados obtidos no processo investigativo de modo a, apresentar as relações ou estruturas daí resultantes.

Tendo em conta que foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados onde tivemos de combinar mais do que uma estratégia, recorreremos à utilização da triangulação. Esta teve como finalidade garantir que qualquer fragilidade nos argumentos desenvolvidos não estivesse relacionada com as técnicas ou tratamento de dados, tal como nos apresenta Oliveira (2014). Para isso, neste estudo a triangulação centrou-se na triangulação de métodos.

5.1. A Abordagem Qualitativa

No paradigma qualitativo, conforme descrevemos no capítulo anterior, utilizamos como técnica de tratamento e análise de dados, a análise de conteúdo pela metodologia de Bardin.

Para a organização da análise recorreremos, análise de conteúdo proposta por Bardin (2014). Berelson citado por Bardin (2014, p.38) define a análise de conteúdo como, *“uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva,*

sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”. A leitura efetuada pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é unicamente uma leitura à letra, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano. A análise de conteúdo para que seja válida, segundo a mesma autora, deve obedecer às categorias de fragmentação da comunicação: homogéneas; exaustivas; exclusivas; objetivas; pertinentes.

Após a fase da pré-análise com a leitura flutuante do corpus, e a exploração do material com a categorização e subcategorização das unidades de registo, emergem sete categorias, com as respetivas subcategorias. Passamos a explorar o material de forma parcelar de modo a tornar mais fácil a compreensão do trabalho.

TABELA 4 – Categoria: Objetivo da consulta

Categoria	Subcategoria	Unidades de Enumeração (UE)
Objetivo da consulta	Centrado na pessoa	10
	Centrado na doença	2

A categoria, **Objetivo da consulta**, divide-se em duas subcategorias, centrado na pessoa (10 UE) e centrado na doença (2 UE), onde se salienta a subcategoria - centrado na pessoa. Dos discursos dos enfermeiros verificamos que na subcategoria, centrado na pessoa, o enfermeiro preocupa-se em envolver a pessoa no plano de tratamento ajudando-a a fazer parte dele. O facto de traçarem objetivos parcelares é também um aspeto importante que concorre para a aprendizagem da pessoa.

“(…) é envolver a pessoa no plano e ajudar que a pessoa entenda que tem que fazer a parte dela, o seu papel, e se não fizer a parte dela, não conseguimos fazer nada. Depois é fazê-lo perceber o que têm, o que é que precisam para controlar a diabetes, mas o principal é fazê-los perceber que eles têm o papel principal. Tentar que recuperem a qualidade de vida e para isso eles têm um papel importante (...)” (E8)

“(…) criando pequenos objetivos de mudança de comportamentos no acompanhamento da pessoa com diabetes na sua patologia (...)” (E4)

“(…) que aprendam a ter qualidade de vida essencialmente, e atrasar o aparecimento das complicações” (E3)

Na subcategoria centrado na doença o enfermeiro centra-se apenas no cumprimento dos objetivos das orientações programáticas, não envolvendo a pessoa com diabetes:

“(…) é controlar a situação saúde-doença(…)” (E1)

TABELA 5 – Categoria: Gestão da consulta

Categoria	Subcategoria	UE
Gestão da consulta	Recolha de dados clínicos	7
	Acesso à informação	22
	Acesso ao suporte	24
	Acesso a recursos	9
	Acesso a oportunidade para aprender e crescer	11
	Poder informal	18
	Poder formal	14
	Periodicidade da consulta	5

Gestão da consulta, foi subcategorizada, nas dimensões do modelo de *empowerment* de Laschinger *et al.* (2010), acesso à informação, acesso ao suporte, acesso a recursos, acesso a oportunidades de crescer e aprender, poder informal, poder formal.

Os resultados da subcategoria acesso à informação (22 UE), demonstram-nos que os enfermeiros de família providenciam informação relevante sobre a diabetes, aos utentes tendo em conta as necessidades dos mesmos, proporcionando respostas claras às suas questões. Assim, os enfermeiros planeiam o ensino consoante a colheita de dados, tendo em conta a disponibilidade do utente para aprender:

“Não é só dizer o que devem fazer, mas explicar o porquê, tentar passar para eles os benefícios para a sua saúde que obteriam se mudarem comportamentos, tentar negociar, mostra-lhes qual o ganho para eles.” (E4)

“(…) planeio o ensino, com as necessidades que apresenta(…) começo sempre pelos itens mais simples, normalmente pela alimentação, e só depois é gradualmente vou falando do exercício físico, o autocontrolo inicio mais tarde, gestão alimentar, gestão dos sinais de hipoglicémia, gestão da medicação.” (E8)

Relativamente à subcategoria acesso à informação os enfermeiros iniciam o processo de cuidar explicando à pessoa com diabetes qual o objetivo da consulta. De seguida, explicam a fisiopatologia da diabetes e quais os procedimentos a ter face ao seu controlo:

“Na primeira consulta explico-lhes o que vai ser feito” (E3)

“(…) para ele perceber o que é que ele tem que mudar” (E2).

A utilização de estratégias criativas para a colheita de dados e fornecimento de informação de retorno, parece ser uma realidade na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, assim como a preocupação em familiarizar as pessoas com diabetes com o ambiente:

“Quando fazemos formação, ensinamos em grupo, estamos a ir ao encontro (...), áreas que são mais necessitadas, e trazemo-los aqui, damos oportunidade estarmos num espaço e num tempo que eles não têm na consulta” (E10)

“Só fazendo uma colheita de dados, através da conversa que parece ser informal, mostrar-nos preocupados pelos seus problemas, faz aproximá-los e tentar que dentro dessas preocupações se encaixe o problema da diabetes (...)” (E4)

“Na primeira consulta eu quase nunca faço ensinamentos, tento ver se o utente aceita o facto de ser diabético, porque a diabetes não dói por vezes eles não aceitam o facto de agora serem diabéticos e como ainda existe muitos mitos sobre a diabetes, para eles serem diabéticos está associado à proibição de muitas coisas, comer principalmente.” (E5)

O acesso a suporte (24 UE), é uma dimensão do modelo do *empowerment* que os enfermeiros procuram promover quando adotam este modelo de prestação de cuidados, para que a pessoa com diabetes consiga atingir as metas de saúde relevantes e gerir os seus problemas de saúde. Os enfermeiros de família tentam perceber como as crenças das pessoas com diabetes, os seus pensamentos e os seus sentimentos podem afetar os seus esforços na gestão da diabetes:

“(...) perceber a história do aparecimento da diabetes, os sintomas que levaram ao diagnóstico. Perceber como é a vida daquela pessoa, perceber os hábitos (...) (E1)

“Quando referem de algum problema que lhes aflige, deixo-os falar sobre o que os preocupa nessas consultas quase não falo de diabetes.” (E2)

Os enfermeiros questionam os seus utentes sobre o que eles esperam obter das suas interações com o enfermeiro de família. Descrevem o seu papel de enfermeiro de família como cuidador e apoiam o direito dos utentes à autonomia na sua tomada de decisão e respeitam a sua escolha:

“Para combater a não adesão, às vezes faço a pergunta para que seja ele a decidir, o que lhe parece começar a fazer (...) e deixo a responsabilidade do lado dele; outras vezes uso terapia de choque, “ando para aqui a gastar o meu latim e pelos vistos não tem ouvido nada do que eu lhe tenho andado a dizer. Portanto, tem alguma dúvida hoje? Então pode ir para a doutora, passado algumas semanas vêm ter comigo, e dizem: Ó enfermeira mas afinal (...); outros dizem: Mas afinal hoje não me ensina nada? E eu respondo: Para que vou ensinar se não faz”. (E2)

“(...) continuo mostrar a disponibilidade, mas que não posso fazer por ele.” (E4)

“(...) nós próprios profissionais não temos o direito de impingir a uma pessoa aquilo que ela não quer, porque às vezes a pessoa não quer mesmo e nós estamos ali a impingir uma coisa como se mandasse-mos na vida deles e como se eles fossem obrigados a mudar os comportamentos, e a pessoa não quer.” (E8)

Os enfermeiros referem também que procuram proporcionar um ambiente acolhedor facilitando o acesso ao suporte, abordando queixas do paciente e respeitando as escolhas das pessoas com diabetes e oferta observações encorajadores para alcançar objetivos específicos de saúde:

“Deixo-os falar, pergunto o que mais gostam, o que fazem, o que comem, como comem. O que eles estão a fazer bem eu elogio (é fantástico são como as crianças) o reforço positivo tem um efeito fantástico. Se houver correções a fazer, não digo que está errado, digo “se calhar seria melhor se tentasse fazer(...)”. Tento corrigir” (E5)

“(...) faço-lhes um elogio enorme, e vejo nos olhinhos deles como ficam felizes e isso satisfaz-me(...)” (E5)

“Para perceber as prioridades e os objetivos da pessoa, realizo escuta ativa, apesar de naquele tempo ser apertado, ele sabe que aqueles 20 minutos são para ele, só para ele, às vezes vai um bocadinho mais que os vinte minutos (E4)

Para promoverem a dimensão do modelo do *empowerment* acesso a recursos (9 UE), os enfermeiros necessitam de uma boa comunicação entre a pessoa com diabetes e a equipa de saúde familiar. O que irá aumentar a satisfação da pessoa com diabetes e sua família em relação aos cuidados prestados, e que se traduzirá em resultados positivos de bem-estar emocional (Laschinger *et al.*, 2010). Os profissionais de enfermagem facilitam o acesso da pessoa com diabetes aos elementos da equipa interdisciplinar, integrando-a na equipa de saúde:

“(...)ele faz parte de uma equipa de saúde tal como o médico, o enfermeiro e o nutricionista, que ninguém vai mandar nele, mas como um plano que ele próprio está integrado, e que eu negoceio com ele, o que vamos fazer por etapas, portanto, vai ser sempre baseado nele e o que ele consegue fazer.” (E4)

Os enfermeiros podem ajudar as pessoas com diabetes a identificar seus recursos próprios, habilidades de autocuidado, e forças internas que podem ser úteis na gestão da diabetes. O enfermeiro de família refere que ajuda a pessoa com diabetes a identificar os seus próprios recursos concebendo práticas centradas nos utentes que incentivem a autogestão:

“(...) mediante o utente que ali temos, realizo os ensinamentos na consulta de enfermagem, para mudar hábitos, capacitar o utente, para gerir melhor a sua doença e para se tornar mais autónomo na gestão.” (E1)

“Faço a análise dos parâmetros com o diabético e quando há uma regressão pergunto-lhes «então o que é que aconteceu, para ter aumentado de peso ou de perímetro abdominal?»” (E2)

Cada pessoa tem o seu ritmo para assimilar as novas aprendizagens e o enfermeiro de família reconhece a importância de dar o tempo necessário à pessoa com diabetes para conseguir aplicar as suas novas competências nas atividades de vida diárias:

“Dou-lhes um tempo para assimilarem o que se está a passar (...) (E2)

“(...) quando há uma recaída na adesão, não ralho, levo-os a perceber as alternativas que poderiam fazer, e são eles que reconhecem esses mesmos erros(...)” (E5)

No acesso a oportunidade para aprender e crescer (11 UE), os enfermeiros podem usar uma variedade de estratégias para a promover. Esta dimensão do modelo de *empowerment* acarreta o uso da criatividade dessas estratégias de forma a aumentar o “empoderamento” na pessoa, desde a demonstração de possíveis cenários criando oportunidades para a prática de novas habilidades necessárias para lidar com a gestão da diabetes.

O enfermeiro de família menciona que procura providenciar à pessoa com diabetes oportunidades de aprendizagem a um nível adequado sem utilizar linguagem complexa e cria oportunidades para que a pessoa possa praticar essas novas habilidades:

“Elucidá-los o mais possível (...) para que eles tenham essa ferramenta para trabalharem eles mesmos, as ferramentas não são nossas, nós temos é de as passar para eles, para eles próprios trabalharem diariamente com a sua doença.” (E4)

“(...) às vezes peço-lhes para me trazerem os rótulos dos produtos que compram.” (E5)

“Peço-lhes para registarem no diário, para além das glicémias, o que fazem e o que comem. Eles relacionam a asneira que fizeram com o valor analítico, fazem a gestão da sua doença. Eles sabem o que fizeram e sabem qual a consequência do que fizeram.” (E3)

“Interpretar as análises a par com o utente, explicar-lhe e relacionar os valores com o controlo da diabetes.” (E2)

O enfermeiro refere que ajuda a pessoa com diabetes a utilizar o seu conhecimento e as suas habilidades para gerir os seus próprios problemas de saúde, suplementando o suporte na autogestão com informação,

“Conforme o valor da HbA1C, ou da glicémia capilar, faço o ensino, explico-lhes os valores. Enquadro os valores nos comportamentos, (...)” (E6)

“(...) quando surge resultados, refiro que consegui o resultado porque fez alguma mudança, eles começam a ficar motivados e gradualmente vou intervindo nos seus estilos de vida.” (E3)

“(...) explicar-lhe o que é que é a fisiopatologia e a relação com a HbA1c, como indicador de controlo da diabetes (...)” (E2)

Para dar resposta à dimensão poder informal (18 UE), é necessário que o enfermeiro tenha uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da doença crónica e adesão ao tratamento. A família, a comunidade e as organizações de doentes são parceiros-chave na promoção da adesão. As pessoas precisam de ser

envolvidas de forma ativa no plano de cuidados e nos resultados esperados dos cuidados (ICN, 2009). O enfermeiro de família refere que estabelece parcerias com a família, desenvolvendo relações sólidas entre ela, os amigos e a comunidade:

“Envolvo a família para colher mais dados sobre o comportamento da pessoa com diabetes” (E7)

“(...) o enfermeiro de família, tem sempre a cabeça a funcionar, e faz a interligação entre os membros da família (...)” (E1)

“Como enfermeira de família trabalho com a rede sociofamiliar.” (E7)

“Para ter ali algum reforço na prestação dos cuidados ao diabético.” (E2)

“(...) obter o apoio familiar para a obtenção de comportamentos de saúde adequados e conseguirmos conhecer o utente pela continuidade das consultas.” (E4)

“Muitas vezes é a família que me ajuda a dar a volta à pessoa não aderente.” (E1)

O enfermeiro refere que promove alianças fortes entre a pessoa com diabetes e a equipa de saúde, envolvendo-a como um importante aliado no processo de promoção da saúde. Trabalham com elas no sentido de identificar estratégias para desenvolver alianças de suporte:

“Na tomada de decisão normalmente envolvemos o utente e as famílias. Conheço os meus utentes e as suas famílias, e tento encontrar ali um apoio, um reforço para a gestão da diabetes no utente, havendo uma continuidade nos cuidados.” (E3)

“(...) pego em coisas que eles acham que não interfere no controlo da doença e trabalho junto do utente e da sua família, os comportamentos que fez e que contribuiu para o controlo da diabetes.” (E6)

Na dimensão poder formal (14 UE), os enfermeiros referem que adotam uma aproximação flexível para gerir os cuidados, que fomente a autodeterminação da pessoa, evitando a utilização de posturas dominantes:

“(...) devido ao fato de eu não ser muito rígida dou-lhes espaço para eles me contarem a verdade, de dizerem aquilo que realmente fizeram (...)” (E1)

“Na fase em que eles não estão disponíveis eu não insisto (...)” (E3)

“(...) e sento-me aí do lado dele (...)” (E5)

“(...) através do humor conseguimos estabelecer a relação terapêutica (...)” (E6)

“Se o utente não quiser ouvir-me, não insisto, fica para a próxima.” (E5)

O enfermeiro estimula a pessoa com diabetes a tomar decisões sobre a gestão da sua doença, levando-a a perceber que existe mais do que uma forma de alcançar objetivos mutuamente definidos:

“Não tenho um plano pré-estabelecido, pergunto o que é que ele come, e numa folha em branco, vou esquematizando os hábitos alimentares dele, depois com uma cor

diferente proponho algumas alterações, o que lhe parece se alterar isto, por aquilo? (...) no final leva a folha elaborado em conjunto.” (E2)”

“(...) já nos dá um feedback positivo daquilo que aprendeu, é estar capacitado para se autogerir.” (E1)

“Investimos na consulta ao pé e eles começam a aplicar creme com ureia, quando investimos na alimentação e a HbA1c vem mais baixa, quando investimos no exercício físico e o perímetro abdominal fica mais baixo (...)” (E2)

“(...) quase todos sabem quais os valores indicadores da gestão da doença (...)” (E8).

Os enfermeiros mostram disponibilidade para realizar cuidados às pessoas, assim que necessitarem:

“(...) mostrar-lhes disponibilidade, mostrar ao utente que tem aqui um apoio que ele não está sozinho, para que quando lhes surgir alguma dúvida ou dificuldade venham falar comigo (...) normalmente dou a indicação de 2 períodos de tempo mais acessíveis para os utentes. Tento demonstrar disponibilidade minha para o utente e para a família do mesmo (...)” (E4)

Para além das dimensões do *empowerment* surgiram também duas subcategorias na categoria, gestão da consulta: recolha de dados clínicos (7 EU); e, periodicidade da consulta (5 UE). Destas salienta-se a subcategoria recolha dos dados clínicos.

O enfermeiro de família inicia a sua consulta com a recolha dos dados clínicos, dando cumprimento ao Despacho nº3052/2013 de 26 de fevereiro, registando-os no suporte informático:

“Começo por avaliar os parâmetros, (...)” (E9)

“(...) que são os que eu tenho que registar no SAPE para que o médico tenha acesso, porque estamos sempre dependentes da consulta que o médico está à espera de iniciar (...)” (E10)

“(...) observo as análises (...)” (E6)

Os enfermeiros terminam a consulta agendando uma nova consulta. A periodicidade do agendamento da consulta é adaptada às necessidades da pessoa com diabetes:

“Os utentes que exigem mais cuidados, marco outro tempo só para mim.” (E7)

“(...)combinho com o utente uma vinda cá à unidade, para consulta de enfermagem, para um acompanhamento mais próximo(...)” (E1)

TABELA 6 – Categoria: Papel do enfermeiro

Categoria	Subcategoria	UE
Papel do enfermeiro	Educador	7
	Empático	1
	Referência	2
	Responsabilidade	2
	Acessível	4
	Proximidade	1
	Escuta ativa	2
	Complementar	2

A categoria **Papel do enfermeiro**, divide-se em oito subcategorias, educador (7 UE), empático (1 UE), referência (1 UE), responsabilidade (2 UE), acessível (4 UE), proximidade (1 UE), escuta ativa (2 UE), complementar (2 UE).

Os enfermeiros na consulta à pessoa com diabetes empreendem o seu papel de educador de saúde:

“(...) é de orientação, de educação, passar para eles o conhecimento que devem ter sobre a sua doença e os cuidados a ter (...)” (E4)

“Para que o utente se envolva na gestão da doença o papel mais importante é o do enfermeiro, para que o doente ajude e colabore no controlo da sua doença (...) no ensino é do enfermeiro” (E8)

A reforma dos CSP veio reforçar e incrementar valores do enfermeiro de família, designadamente os de proximidade, acessibilidade, equidade, pro-atividade para com os grupos mais vulneráveis, (Ramos, et al., 2012). Os enfermeiros de família deste estudo referem que a acessibilidade faz parte do seu papel:

“(...) sou sempre um elo de ligação de mais fácil acesso.” (E1)

“(...) sou uma bússola, (...) um elemento disponível a que podem recorrer a qualquer momento (...)” (E10)

“(...) mostrar disponibilidade e preocupação com a saúde pode despertar neles a adesão ao tratamento (...)” (E4).

Para além dos enfermeiros mencionarem que o seu papel é de educador e de acessibilidade referem que a empatia, a responsabilidade, uma referência, a escuta ativa e a proximidade fazem parte do papel do enfermeiro:

“O nosso papel é importante e às vezes é negligenciado por nós mesmos, temos ainda aquela ideia que o enfermeiro serve para pesar e medir. E as nossas estratégias estão a ser usadas por outros profissionais, estratégias que

negligenciamos e que são as nossas estratégias. Nós podemos motivar, o nosso papel é mais próximo do utente, até os próprios médicos estão a começar a afastarem-se do modelo biomédico para um modelo de maior proximidade, e esse modelo de proximidade é o nosso, e que nós devemos mantê-lo e refiná-lo.” (E4).

Referem ainda que o papel do enfermeiro é complementar ao médico:

“(...)o papel do enfermeiro complementa-se ao do médico.” (E7)

TABELA 7 – Categoria: Dificuldades sentidas pelo enfermeiro

Categoria	Subcategoria	UE
Dificuldades sentidas pelo enfermeiro	Gestão de tempo	8
	Conhecimento sobre a Diabetes	6
	Conhecimento sobre a pessoa	10

A categoria referente às **Dificuldades sentidas pelo enfermeiro**, foi subcategorizada em três subcategorias, gestão de tempo (8 UE), conhecimento sobre a diabetes (5 UE), conhecimento sobre a pessoa (10 UE). A principal dificuldade do enfermeiro encontra-se na subcategoria conhecimento sobre a pessoa.

A pessoa com diabetes, implica ao enfermeiro a existência de um apoio incondicional e duradouro. Viver com uma doença crónica é um aspeto complexo e requer a integração de comportamentos de autogestão no estilo de vida da pessoa e sua família. Os enfermeiros referem sentir dificuldade em conhecer a pessoa com diabetes e motivá-la para a adesão ao tratamento da diabetes:

“(...) a maior dificuldade é conhecer o utente e conseguir a mudança de comportamentos(...)” (E4)

“Tenho utentes que sabem tudo o que deve ser feito e não conseguem fazer uma gestão eficaz da diabetes, apetece baixar os braços, já não sei o que fazer. É um desânimo que sentimos, por não conseguir dar a volta aos utentes.” (E7)

A estrutura organizacional afeta a forma como os enfermeiros percebem os seus papéis e o *status* a elas conferido por outros profissionais na organização (Marquis e Huston, 2010). O facto de o enfermeiro ter a sua consulta agendada em paralelo com o médico acarreta dificuldade na gestão do tempo da consulta:

“(...) às vezes é difícil fazer a consulta de enfermagem tendo em conta que só posso estar ali no máximo 20 minutos e o utente tem que ir para o médico e há times a cumprir.” (E1)

Os enfermeiros que participam na consulta da diabetes, para além da sua formação inicial, por vezes fazem formação de curta ou média duração sobre a diabetes. O conhecimento sobre a diabetes é uma necessidade sentida pelos enfermeiros que participaram neste estudo,

“Porque a diabetes obriga a uma abordagem tão abrangente, há tanto que explorar, há tanta coisa para se saber (...)” (E1)

“É preciso ter muita formação para cuidar na diabetes.” (E8)

TABELA 8 – Categoria: Fatores facilitadores

Categoria	Subcategoria	UE
Fatores facilitadores	Método de trabalho	7
	Reconhecimento do papel como enfermeiro	8
	Formação	5
	Resultados	6

A categoria **Fatores facilitadores**, encontra-se subdividida em: método de trabalho (7 UE), reconhecimento do papel como enfermeiro (8 UE), formação (5 UE), resultados (6 UE).

O método de trabalho foi uma das subcategorias identificadas pelos entrevistados como fator facilitador na adoção do modelo do *empowerment*. Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, o que implica o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Os cuidados de enfermagem têm por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando todos os seus elementos a serem pró-ativos no tratamento e manutenção da sua saúde. O facto de os enfermeiros trabalharem como enfermeiros de família facilita-lhes o acesso à pessoa com diabetes e respetiva família:

“(...) o facto de eu ser enfermeiro de família permite que eu já tenha alguma colheita de dados prévia, pois temos acesso ao utente e a familiares que nos proporcionam algumas informações importantes(...)”(E1)

“O facto de trabalharmos como enfermeira de família dá-lhes uma acessibilidade, um recurso, que eu acho que é muito bom para eles e a mim gratifica-me por perceber que isso é muito bom para eles, é uma mais-valia.” (E10)

“Desde que sou enfermeira de família permite-me conhecer melhor a família.” (E9)

O reconhecimento do papel do enfermeiro, é um fator facilitador na adoção do modelo do *empowerment* na prestação de cuidados à pessoa com diabetes, como referem os enfermeiros, que o reconhecimento por parte dos outros profissionais e por parte das pessoas com diabetes, promove a satisfação profissional:

“A médica não quer atender os diabéticos descompensados sozinha, porque refere que somos nós que temos a capacidade de motivá-los.” (E2)

“(...) eles confiam em nós e têm nos como um profissional de referência, valorizam o trabalho do enfermeiro, reconhecem o trabalho do enfermeiro nos cuidados de saúde primários(...)” (E5)

“Quando os utentes atingem os objetivos terapêuticos e valorizam o nosso trabalho, por vezes vale mais do que o dinheiro que eu ganho por mês” (E2)

“(...) quando o diabético diz “Obrigado por este bocadinho”, por eu lhe ter ensinado alternativas do exercício físico em substituição das caminhadas. Dando casos práticos e com objetos que têm por casa, adaptados à pessoa que temos à frente.” (E6)

A formação é outro fator facilitador na escolha pelo modelo do *empowerment*, assinalado pela população deste estudo, visto que um dos objetivos da formação é desenvolver nos formandos comportamentos e atitudes que lhes permitam ter maior eficiência, eficácia e satisfação profissional no exercício da sua atual função (Camara, Guerra e, Rodrigues, 2010). A formação profissional influencia a satisfação no trabalho, produzindo um sentimento de realização, proporcionando ao enfermeiro o conhecimento e as competências para a execução do seu trabalho de uma forma eficaz:

“As formações ajudam imenso (...)” (E2)

“Precisamos sempre de formação teórico-prática.” (E6),

Os resultados da intervenção do enfermeiro é um fator facilitador, visto que os cuidados de enfermagem têm que se centrar no valor que acrescentam, assumindo como paradigma os cuidados de valor acrescentado, sendo que, os cuidados que promovem valor acrescentado são definidos como os que se centram no doente e que o beneficiam de forma direta (Paterson, 1992 cit in Amaral, 2012).

“Os aspetos da consulta que mais me satisfazem, é essencialmente a parte da educação para a saúde, (...), e perceber que ao fim de algumas consultas aquele utente está melhor controlado” (E1)

“(...) conseguirmos às vezes algumas vitórias, porque a saúde é deles, mas somos nós que estamos a investir ali, portanto conseguir essas pequenas mudanças nele, e conseguirmos melhorias de saúde neles é ótimo.” (E3)

TABELA 9 – Categoria: Fatores dificultadores

Categoria	Subcategoria	UE
Fatores dificultadores	Tempo para os registos	9
	Tempo de consulta	3
	Conflito de papéis	1

Os **Fatores dificultadores** foram organizados em três subcategorias, tempo para os registos (9 UE), tempo de consulta (3 UE) e conflito de papéis (1 UE). Na subcategoria tempo para os registos os enfermeiros referem:

“Cada vez mais somos avaliados pelos nossos registos e não pelo nosso trabalho efetivo. Avalia-se apenas os dados quantitativos” (E7)

“(...) os indicadores que não refletem o trabalho que se faz, os indicadores só traduzem o trabalho final, o valor da HbA1c(...)” (E4)

“(...)os sistemas de informação é que deveriam estar adaptados às nossas necessidades” (E5)

“Os registos, é que tenho que completá-los no final do turno.” (E7)

O tempo de consulta, é um fator dificultador na adoção do modelo de *empowerment*. Devido ao facto do enfermeiro ter que realizar a consulta, no tempo que antecede a consulta médica, o tempo para uma intervenção centrada na capacitação da pessoa, fica limitado:

“(...)o tempo de consulta, é por às vezes insuficiente, ter o médico à espera.” (E10)

O contexto de trabalho do enfermeiro de família, nem sempre apresenta condições favoráveis, no sentido de se proporcionar uma interação significativa entre os diferentes profissionais (Pereira, 2013), facto confirmado no relatório do OPSS *“(...) parece existir ainda uma falta de visão para incluir e integrar outros profissionais, o que não se apresenta como positivo para a adequação de cuidados, custos e obtenção de resultados em saúde”;* (OPSS, 2014, p. 87). Para que a interdisciplinaridade seja possível e a prática de enfermagem tenha um impacto real nos planos social e político, é necessário antes de mais que os enfermeiros tenham uma ideia clara dos cuidados a prestar. Nesse sentido, os enfermeiros salientaram o conflito de papéis como sendo um fator dificultador na adoção do modelo de *empowerment*:

“(...) apesar de trabalharmos em parceria os médicos não percebem muito bem o que é que nós enfermeiros fazemos, na nossa consulta, ...desde que esteja registado no sistema deles (SAPE/SAM) o peso, a altura, IMC, perímetro abdominal, HbA1c, glicémia em jejum, o nosso trabalho estará feito, entre aspas. Todo o tempo que nós

perdemos, para além do que seria razoável para fazer este registo, para eles não se justifica.” (E10)

Kèrouac (1994) citada por Pereira (2013) refere que alguns enfermeiros têm a tendência de subestimar o que é da sua competência, mesmo naquelas funções em que o enfermeiro é autónomo, como no processo de educação para a saúde associado aos autocuidados.

TABELA10 – Categoria: Aspetos a melhorar

Categoria	Subcategoria	UE
Aspetos a melhorar	Tempo para a consulta	4
	Consultas no domicílio	3

A categoria **Aspetos a melhorar**, foi dividida em duas subcategorias, tempo para a consulta (3 UE) e consultas no domicílio (3 UE):

A sugestão de haver outro tempo para a consulta, pode ser indicativo de autonomia e poder de tomada de decisão do enfermeiro de família, tal como preconiza a OMS, quando refere a necessidade de desenvolver redes ativas de comunicação entre as pessoas e os prestadores de serviços, a fim de se partilharem experiências, aprender com os erros e avaliar de forma pró-ativa os riscos, contribuindo para melhorar a monitorização destes acontecimentos indesejáveis e para capacitar e educar os pacientes, para que percebam que são elementos fundamentais para a eficácia de um cuidado de saúde (IDF, 2012).

“Poderia dar-se aos enfermeiros a oportunidade de terem mais tempo para alguns diabéticos. Haver espaço na agenda do enfermeiro para dar o apoio necessário ao diabético, para além da consulta de equipa” (E1)

“(…) haver um outro tempo para a consulta de enfermagem para além da consulta de equipa, sempre que necessário, porque o trabalho do enfermeiro exige mais tempo para maior acompanhamento, em alguns utentes e depende da etapa.” (E4)

Relativamente à subcategoria consultas no domicílio, os enfermeiros defendem que a visita domiciliária é uma oportunidade de avaliar o contexto onde as pessoas vivem e interagem e, deste modo, detetar precocemente sinais de crise ou de maior vulnerabilidade, nomeadamente no processo de transição da passagem de um bem-estar para outro bem-estar que envolva a gestão da diabetes. Alguns enfermeiros sugerem a realização de consulta de enfermagem em contexto domiciliário quer para complementar a recolha de dados quer como uma

estratégia para promover a adesão ao tratamento da pessoa e família com diabetes:

“Consulta de enfermagem no domicílio seria fundamental, porque assim conseguiríamos saber melhor os hábitos de vida daquela pessoa, in loco.” (E1)

Do exposto podemos concluir que a maioria dos enfermeiros adota na sua prática de cuidados, um modelo centrado na pessoa (modelo do *empowerment*), visível através quer dos objetivos que apresentam na consulta de enfermagem, quer na própria gestão da consulta, quer mesmo pelo papel que aí desempenham. O tempo para a consulta e a existência de consultas ao domicílio são aspetos que os enfermeiros identificaram como áreas a investir, de modo a melhorar a consulta à pessoa com diabetes.

Dos discursos dos enfermeiros foi ainda possível identificar o método de trabalho de enfermeiro de família, o reconhecimento do seu papel como enfermeiro, a formação sobre diabetes e os resultados da sua intervenção como fatores facilitadores da adoção do modelo do *empowerment* na pessoa. Da mesma forma, sobressaiu o tempo destinado para os registos e para a consulta e o conflito de papéis como fatores dificultadores da adoção do modelo.

5.2. A Abordagem Quantitativa

Neste subcapítulo abordamos os resultados obtidos através do QMCED. Verificamos que os enfermeiros posicionam-se no modelo do *empowerment* (Tabela 11).

TABELA 11: Posicionamento do Enfermeiro em Relação ao Tipo de Modelo de Cuidados, por dimensão do QMCED

Dimensão	N	Modelo	Modelo	Modelo
		Biomédico	Misto	Empowerment
		N (%)	N (%)	N (%)
Acesso à Informação	97	2 (2,1%)	14 (14,4%)	81 (83,5%)
Acesso ao Suporte	98	3 (3,1%)	7 (7,1%)	88 (89,8%)
Acesso a Recursos	98	8 (8,2%)	24 (24,5%)	66 (67,3%)
Acesso a Oportunidades para Aprender e Crescer	98	5 (5,1%)	12 (12,2%)	81 (82,7%)
Poder Informal	98	1 (1,0%)	17 (17,3%)	80 (81,6%)
Poder Formal	97	8 (8,2%)	12 (12,4%)	77 (79,4%)

De facto, podemos observar que os enfermeiros situam-se, maioritariamente, no modelo do *empowerment* em todas as dimensões. Verificamos que na dimensão *Acesso a recursos* 24,5% da população posiciona-se no modelo misto, mas ainda com uma percentagem de 67,3% no modelo do *empowerment*, sendo porém a mais baixa, comparativamente com as outras dimensões.

Embora não seja um dos objetivos principais do estudo, quisemos verificar se o modelo adotado na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes era influenciado pelas variáveis sociodemográficas.

Assim, pretendíamos saber qual a relação da idade, das habilitações, do tempo de profissão, do tempo nos CSP, do tempo de experiência na consulta da diabetes e da formação recente, no modelo de cuidados adotado na consulta à pessoa com diabetes.

Na relação das variáveis sociodemográficas com a dimensão *Acesso à informação* verificamos que o modelo é influenciado pelo tempo de serviço ($H=6,668$; $gl=2$; $p=0,036$). Verifica-se que os enfermeiros com maior tempo de serviço em CSP optam pelo modelo biomédico ($M=28,00$; $DP=2,828$) face ao modelo do *empowerment* ($M=11,75$; $DP=7,148$). Estas diferenças encontram-se entre o modelo biomédico e o modelo do *empowerment*, confirmado através do teste *Mann-Whitney* ($U=6,50$; $p=0,027$).

Na dimensão *Acesso ao suporte*, verifica-se que as variáveis idade, tempo de serviço nos CSP e tempo (experiência) na consulta de diabetes interferem na adoção do tipo de modelo de cuidados. O modelo adotado é influenciado pela idade ($H=9,777$; $gl=2$; $p=0,008$). Verifica-se que os enfermeiros mais velhos optam pelo modelo biomédico ($M=51,00$; $DP=1,73$) face ao modelo do empowerment ($M=40,05$; $DP=7,84$). Estas diferenças encontram-se entre o modelo biomédico e o modelo do *empowerment*, confirmado através do teste *Mann-Whitney* ($U=26,50$; $p=0,019$). O tempo de serviço em CSP tem influência no modelo adotado, também no que se refere à dimensão *Acesso ao suporte* ($H=9,943$; $gl=2$; $p=0,007$). Verifica-se que os enfermeiros com maior tempo de serviço em CSP optam pelo modelo biomédico ($M=23,67$; $DP=7,767$) face ao modelo do *empowerment* ($M=11,69$; $DP=6,899$). Estas diferenças encontram-se entre o modelo biomédico e o modelo do *empowerment*, confirmado através do teste *Mann-Whitney* ($U=30,50$; $p=0,024$). O modelo é ainda influenciado pela experiência na consulta da diabetes no que se refere à dimensão *Acesso ao suporte* ($H=8,902$; $gl=2$; $p=0,012$). Verifica-se que os enfermeiros com mais experiência de trabalho na consulta de diabetes optam pelo modelo misto ($M=13,57$; $DP=6,75$) face ao modelo do *empowerment* ($M=6,93$; $DP=4,31$). Estas diferenças encontram-se entre o modelo misto e o modelo do *empowerment*, confirmado através do teste *Mann-Whitney* ($U=97,50$; $p=0,003$).

O tempo de serviço em CSP tem influência no modelo adotado no que se refere ao *Poder formal* ($H=6,668$; $gl=2$; $p=0,036$). Verifica-se que os enfermeiros com maior tempo de serviço em CSP optam pelo modelo biomédico ($M=18,25$; $DP=6,45$) face ao modelo do *empowerment* ($M=11,99$; $DP=7,41$), diferenças estas confirmadas através do teste *Mann-Whitney* ($U=143,00$; $p=0,013$).

Nas dimensões *Acesso a recursos*, *Acesso a oportunidades para aprender e crescer* e *Poder informal* as variáveis sociodemográficas não têm qualquer influência, não sendo significativas para a preferência do modelo de cuidados à pessoa com diabetes.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A mudança organizacional que se vive nos CSP impõe também mudanças nas atitudes dos profissionais. Com o modelo de gestão partilhada que se preconiza nas UF do ACeS, os profissionais alinham os seus objetivos com os objetivos da sua organização. Denota-se que os enfermeiros de família dão cumprimento aos objetivos do programa nacional da diabetes, integrando a pessoa com diabetes no plano de intervenção. O decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto determina que o enfermeiro de família no seu mandato social, integra a pessoa com diabetes no plano de intervenção, com o objetivo de reforçar a adesão ao plano terapêutico e identificar as complicações e intercorrências. O objetivo final é reduzir o impacto da diabetes sobre os indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde, e, através do apoio a uma boa saúde, prevenir ou retardar o aparecimento da doença e as complicações a longo prazo (IDF, 2012).

Pretendíamos identificar o modelo que orienta a prática dos enfermeiros na abordagem à pessoa com diabetes. Verificamos que a maioria dos enfermeiros, na sua prática diária, utiliza o modelo do *empowerment* em todas as suas dimensões, privilegiando o acesso ao suporte, (89,8% no QMCED), sendo esta dimensão também a mais enfatizada pelos enfermeiros entrevistados (com 24 UE), mencionando-a através dos comportamentos promotores de *empowerment* na pessoa com diabetes. Os enfermeiros na prestação cuidados, tentam criar um ambiente propício de forma a promover o *empowerment* na pessoa apoiando-a na procura de um bem-estar. Os profissionais dão espaço à pessoa para expor os seus medos, crenças e preocupações relacionadas, direta ou indiretamente, com o problema da diabetes. Boavida (2013) corrobora a ideia ao referir que as necessidades das pessoas com diabetes passam, para além de receber cuidados de qualidade, pela necessidade de possuírem um espaço onde podem exprimir as

suas expectativas, e medos, onde os profissionais considerem as suas manifestações. Os enfermeiros de família, ao trabalharem com a pessoa e com a sua respetiva família, promovem a identificação de fontes de apoio social no interior das suas situações pessoais e familiares, ajudando as pessoas a fortalecerem uma rede de apoio, que irá reforçar a sua capacidade de desenvolver e de manter ótima a sua saúde, (Leino-Kilpi *et al.*, 1999, cit. por Laschinger *et al.*, 2010). De referir também que a dimensão *Acesso ao suporte*, é a mais influenciável pelas variáveis sociodemográficas. Parece que o tempo de experiência do profissional com as pessoas com diabetes flexibiliza o seu modelo de atuação, verificando-se uma abordagem mais centrada no cliente, embora com características ainda de âmbito biomédico. Pensamos que a relação terapêutica que o enfermeiro estabelece com o utente, permite que este se aperceba das suas crenças, dos seus significados, da necessidade de conferir autonomia à pessoa e de respeitar as suas decisões. Neste contexto, o enfermeiro tende a assumir um papel de suporte, em detrimento de um papel controlador e prescritivo.

Os enfermeiros de família também valorizam o modelo do *empowerment* através da dimensão *Acesso à informação*, quer nas entrevistas (22 UE) quer no QMCED (83,5%). Machado (2009) refere a importância de fornecer informação mediante as necessidades da pessoa e adaptada ao seu nível cultural e estilo cognitivo, ou seja, adaptada às suas características individuais. Pereira (2010) concluiu no seu estudo que as dimensões emergentes do *empowerment* identificadas pelos enfermeiros como importantes são a parceria, a disponibilidade e a transmissão da informação. De acordo com Faulkner (2001, cit. por Laschinger *et al.*, 2010) fornecer informações relevantes sobre a doença, juntamente com respostas claras às perguntas da pessoa, ajuda a capacitar comportamentos com *empowerment*. No entanto, o enfoque da abordagem educativa não se deve restringir apenas à transmissão de conhecimentos, mas é importante englobar os aspetos emocionais, sociais e culturais que influenciam no seguimento do tratamento (Péres, *et al.*, 2007).

A dimensão *Acesso a recursos* é a menos evocada pelos enfermeiros entrevistados, com apenas 9 UE e com uma percentagem inferior (67,3%) no modelo do *empowerment do QMCED*. A educação é uma estratégia importante para melhorar a adesão, mas as pessoas não precisam só de ser informadas mas também de ser motivadas e encorajadas a aderir ao tratamento e aos objetivos relacionados com o estilo de vida, identificando recursos internos (ICN, 2009).

Cisneros e Gonçalves (2011) concluíram, no seu estudo, que é preciso romper o silêncio da evolução da doença para motivar a pessoa à adoção das medidas preventivas. Já anteriormente, Wilson, Kendall e Brooks (2007) defendiam esta ideia, considerando que a autogestão na doença crónica é um critério significativo na gestão dos recursos com eficácia e também é considerado como uma capacitação para os utentes. Para que essas atividades sejam integradas na sua rotina diária, é necessário que a pessoa identifique os seus próprios recursos internos e externos. Neste sentido, levar a pessoa a refletir sobre a sua experiência constitui uma intervenção apontada como fulcral na educação do adulto (Anderson e Funnell, 2005). Da mesma forma, incluir a família no planeamento e suporte dos cuidados reflete uma abordagem holística e baseada na evidência científica, visto que o suporte social é consensualmente referido como uma das variáveis mais preditoras nos comportamentos de autogestão (Ryan e Sawin, 2009). Orientar as pessoas com diabetes para grupos de apoio onde participam outras pessoas com a mesma patologia, permite que estas partilhem os seus problemas e dificuldades, bem como as estratégias para integrar e lidar com a doença no dia-a-dia.

O *Acesso à oportunidade para aprender e crescer* também foi uma dimensão valorizada, tanto nas entrevistas (11 UE) como no questionário (82,7%) em que os enfermeiros se posicionaram no modelo do *empowerment*. Os profissionais ensinam e incentivam a adoção de novas habilidades de tomada de decisão, entre os vários domínios da autogestão. As terapêuticas de enfermagem, que tomam por foco a promoção de comportamentos de adesão, como processo intencional da ação profissional dos enfermeiros, constituem uma necessidade e uma excelente oportunidade de desenvolvimento das suas práticas (Machado, 2009).

Também na dimensão *Poder informal* os enfermeiros valorizam o modelo do *empowerment*, quer nas entrevistas (18 UE) quer no QMCED (81,6%), promovendo parcerias entre a pessoa com diabetes e respetiva família e com a equipa de saúde. Cosme (2004) refere no seu estudo que o projeto de cuidados tem que implicar um trabalho de parceria entre os enfermeiros e as pessoas com diabetes, onde são definidas metas, objetivos, estratégias e processos de avaliação, que o tornam num processo inovador, permitindo responder aos problemas da população com diabetes no seu contexto sociocultural. A família é percebida pelas pessoas com diabetes como fonte de apoio e de estímulo à adesão a práticas saudáveis, o que favorece o controlo da doença. Deve-se estimular a participação familiar no plano de cuidados destas pessoas (Santos e Marcon, 2014), mantendo o foco sobre

o indivíduo, mas tendo também em conta a família, a rede de amizade e as relações comunitárias (Ryan e Sawin, 2009). Não basta fornecer informações ao familiar da pessoa com diabetes. É preciso discuti-las e adequá-las às realidades e necessidades particulares e preparar os familiares e a pessoa para lidar com o quotidiano de uma doença crônica, como a diabetes (Cisneros e Gonçalves, 2011).

O *Poder formal* é a dimensão do modelo do *empowerment* que reflete a postura do enfermeiro na relação terapêutica. A população deste estudo posiciona-se, nesta dimensão, no modelo do *empowerment*, resultados estes que emergiram das entrevistas (14 UE) e do QMCED (79,4%). Para promover o *empowerment* nas pessoas, os enfermeiros devem privilegiar a partilha de poder o que pode exigir um realinhamento da base do poder tradicional no âmbito dos cuidados de saúde (Christensen e Hewitt-Taylor, 2006; Pereira, 2012). Gouveia (2013) encontrou alguns artigos que defendem que o *empowerment* do profissional influencia, de forma positiva, a adoção de comportamentos de mobilização dos profissionais de saúde na organização, e que sugerem que o *empowerment* tem um impacto positivo na segurança dos clientes, o que se traduz na diminuição da ocorrência de eventos adversos.

Em relação ao papel do enfermeiro ressalta a função de educador, onde a educação para a saúde é uma ferramenta fundamental que o enfermeiro de família deve utilizar para melhorar a adesão ao regime terapêutico. Fornecer informações adequadas sobre a diabetes, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adoção de estilos de vida saudáveis. Tzu (2009) refere que um educador eficaz é aquele que ajuda com sucesso os utentes e famílias a aprenderem a cuidar de si, a ganhar o controlo de suas vidas, quando confrontados com desafios de saúde, e a alcançar uma qualidade de vida ao longo de suas expectativas de vida. O ICN (2009) corrobora a ideia ao afirmar que a educação é necessária para a autogestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados nas doenças crônicas exige que os clientes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado. O estudo de Sabóia e Valente (2010) evidenciou a importância da formação de enfermeiros para atuarem como educadores, numa perspetiva crítica, progressista e transformadora. A educação terapêutica revela-se como um recurso primordial na intervenção dos enfermeiros promotora de uma melhor adesão.

Pretendíamos identificar os fatores inibidores e facilitadores de uma prática de enfermagem centrada na autogestão da diabetes. Os enfermeiros apontam alguns fatores dificultadores na gestão da consulta à pessoa com diabetes, sendo que os

mais evocados se relacionam com o conhecimento sobre a pessoa, seguindo-se a gestão do tempo e o conhecimento sobre a diabetes. Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição vai levar ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que sejam congruentes com as experiências únicas da pessoa e da sua família, promovendo assim respostas saudáveis para transição. Ryan e Sawin (2009) concluíram no seu estudo que a autogestão é um fenómeno multidimensional e complexo que pode ser conceitualizado como afetando díades, indivíduos ou famílias em todas as fases do desenvolvimento. Fransen, Wagner e Essink-Bot (2012) referem ainda que indivíduos com baixa literacia em saúde tendem a ser menos capazes de gerir com sucesso a doença crónica. A singularidade de cada cliente e família, inseridos em um determinado contexto e sujeitos a inúmeras variáveis, complexifica a atuação do enfermeiro, impondo-lhe uma auscultação constante das necessidades que a pessoa possa ter e que poderão variar ao longo do processo de viver com a doença. Esta fase diagnóstica, tão importante no processo de enfermagem carece de tempo e de habilidades comunicacionais.

De facto, a gestão do tempo na consulta é também uma dificuldade sentida pelo enfermeiro de família, onde os rituais nos quais se inscrevem algumas práticas, bem como as relações de poder no seio das próprias equipas de saúde dificultam, por vezes, a implementação dos processos de mudança (Pereira, 2013). Albin (2013) reforça este conceito ao concluir no seu estudo que o *empowerment* do enfermeiro decorre da inter-relação e interdependência entre o enfermeiro e a instituição.

Os enfermeiros citam o conhecimento sobre a diabetes como um fator dificultador pela complexidade desta patologia e pelas novas terapêuticas que constantemente surgem para promover o controlo da doença. Os enfermeiros demonstram acreditar na importância da prática baseada em evidência para o futuro da profissão, tendo uma atitude positiva face à mesma (Pereira, Cardoso e Martins, 2012). O ICN (2014) refere que os profissionais de enfermagem devem proceder a um investimento contínuo, de forma individual, para ativamente se envolverem e se comprometerem com a aprendizagem ao longo da vida. Este aspeto é também sublinhado pela OE (2003), pois a excelência do exercício impõe a atualização contínua dos conhecimentos e a utilização de forma competente das tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Esta atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade,

prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios. No entanto, e embora estas necessidades dos enfermeiros tenham sido explícitas através dos seus discursos, verificamos também que esta atualização não se prende somente com aspetos médicos relacionados com a doença mas também com a necessidade de aprofundar estratégias de motivação e envolvimento do cliente na gestão da sua própria doença

Os enfermeiros referem que os fatores facilitadores para a adoção do modelo de *empowerment* na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes são o método de trabalho como enfermeiro de família, o reconhecimento do seu papel quer pelos outros profissionais de saúde quer pelos utentes, a formação e os resultados do seu trabalho. O método de trabalho por enfermeiro de família permite que o profissional assuma a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo de famílias, em todo o processo de vida, em que determinado enfermeiro passa a ser o profissional de referência para aquelas famílias (OE, 2014). Araújo e Oliveira (2009) concluíram no seu estudo que os enfermeiros exercem a sua autonomia profissional em colaboração com os outros membros da equipa de saúde familiar, observando ainda de que estes profissionais estão conscientes da importância do seu papel na prestação de cuidados às suas famílias. O decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto vem determinar a importância do papel do enfermeiro de família, descrevendo o seu papel e as respetivas intervenções. Os enfermeiros, ao trabalharem com um grupo de famílias, acedem a um conhecimento aprofundado dessas famílias e da interação entre os seus elementos, o que facilita a gestão de cuidados à pessoa com diabetes.

O reconhecimento do papel do enfermeiro é um fator facilitador que interfere com a satisfação profissional do enfermeiro. Marquis e Huston (2010) corroboram com esta ideia ao afirmarem que se deve pensar no espaço de trabalho da enfermagem como um espaço micropolítico, no qual são reproduzidas as políticas sociais e de saúde. Bertoncini e Pires (2012) referem que estes espaços contêm possibilidades de mudança e transformação e constituem veículos para aumentar a autonomia, produzir novos sentidos, conferir maior visibilidade e desenvolvimento profissional. Os enfermeiros que no seu local de trabalho experimentam o *empowerment* estrutural, com acesso às estruturas de poder e de oportunidades dentro da organização são altamente motivados e capazes de motivar e capacitar os outros, partilhando as fontes de poder (Laschinger *et al.*, 2010).

A formação é um fator facilitador, visto que a procura da excelência no cuidar leva o enfermeiro a uma constante pesquisa baseada em evidência científica que lhe possibilita justificar a sua tomada de decisão com o seu património de saberes, promovendo também a satisfação profissional. Silva, Costa e Martins (2012) concluíram, no seu estudo, que a formação pós graduada influencia as atitudes dos enfermeiros, levando-os a atribuir maior importância às famílias, no processo de cuidar. A formação contribui também para a construção das competências profissionais, privilegiando os problemas reais da prática, relacionando-os com a qualidade dos cuidados, de forma a proporcionar possíveis mudanças a nível institucional (Cosme, 2008).

Outro fator facilitador são os resultados demonstrados pelos clientes em termos de cuidados, traduzidos como ganhos em saúde na pessoa com diabetes. Os resultados são sentidos pelos enfermeiros de família deste estudo, como consequência do seu desempenho, a responsabilidade pelo tratamento radica sempre no doente ou nos seus cuidadores, mas o reforço tem que centrar-se no papel dos profissionais de saúde em termos da gestão das doenças crónicas (ERS, 2011).

Os fatores dificultadores na adoção do modelo de *empowerment* na prestação de cuidados à pessoa com diabetes centralizam-se essencialmente no tempo destinado aos registos. Os sistemas de informação informatizados exigem dos enfermeiros um esforço para desempenhar o seu papel diante de um contexto tecnológico, no qual a enfermagem será mediada pelos sistemas de informação informatizados que ampliam as intervenções de interagir, compartilhar, cuidar e gerir (Peres e Leite, 2011). Os enfermeiros de família referem que este esforço vem competir com a gestão do tempo na consulta à pessoa e que, por vezes, não demonstra a visibilidade do trabalho do enfermeiro. Silva (2006, p.19) refere que “os sistemas informação de enfermagem têm de ser alvo de investigação e reflexão, para que a natureza peculiar dos cuidados de enfermagem não fique invisível nos sistemas de informação no futuro” que, embora sejam importantes para medir a qualidade, é arriscado usar os resultados como seu único critério de medida (Marquis e Huston, 2010). Parece-nos, porém, que a familiaridade com os instrumentos de documentação pode ajudar a ultrapassar este problema. Assim, urge ainda investir na formação e treino dos enfermeiros no que se refere à documentação dos cuidados de forma a tornar este processo mais célere.

Outro fator dificultador referido pelos enfermeiros é o conflito de papéis. No relatório do OPSS (2014) podemos ler que o SNS, em geral, continua a funcionar em modo “medicocentrico” e “hospitalocêntrico”. Mesmo nos CSP, parece existir ainda uma falta de visão para incluir e integrar outros profissionais, o que não se apresenta como positivo para a adequação de cuidados, custos e obtenção de resultados em saúde. Marquis e Huston (2010) corroboram com esta ideia ao referirem que a estrutura organizacional afeta a forma como as pessoas percebem os seus papéis e o *status* a elas conferido por outros na organização.

Os enfermeiros deste estudo referem que um dos aspetos a melhorar relaciona-se com o tempo para a consulta, considerando-o escasso. Sugerem, como possível alternativa, a realização de consultas em contexto domiciliário ou em momentos diferentes das consultas médicas. A realização de visitas domiciliárias e/ou agendamento de outro tempo para a consulta de enfermagem, pode promover a literacia em saúde da pessoa com diabetes e respetiva família, permitindo também uma recolha de dados efetiva sobre a família e o suporte social que o utente dispõe. A tomada de decisão do enfermeiro de família, quanto aos cuidados e responsabilidade perante as pessoas de quem cuidam, não apenas lhe pertence como constitui o compromisso no âmbito do seu mandato social. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) e, após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2012). Pereira (2010) refere no seu estudo que os enfermeiros reconhecem uma elevada importância atribuída ao *empowerment* na relação terapêutica com o doente, e que estes resultados podem estar relacionados com o desejável socialmente e nos pressupostos da boa prática profissional.

CONCLUSÃO

Este estudo fez com que, hoje, nós tenhamos uma visão mais apurada acerca do modelo de cuidados adotado pelos enfermeiros na gestão da consulta de à pessoa com diabetes. Nesse sentido, ao concluirmos esta investigação emergiram algumas reflexões que embora não generalizáveis uma vez que integram um modelo de interpretação do real a partir da perspectiva dos enfermeiros, nos levam a crer, pela nossa experiência profissional, que poderão ser semelhantes a outros contextos. Temos consciência de que, ao refletirmos sobre as práticas, estamos a trilhar caminhos, a propor sugestões e a contribuir para a sua aproximação à teoria, procurando compreendê-la.

Pensar na gestão da consulta de enfermagem, nomeadamente na adoção de um modelo de cuidados centrado na capacitação da pessoa implica ter em consideração fatores relativos ao enfermeiro (modelo defendido), à profissão (contingências e exigências profissionais) e aos próprios clientes de cuidados. Conjuguar estes fatores como influenciadores da adoção de um modelo de cuidados foi, sem dúvida, o fio condutor que procurámos manter ao longo deste percurso.

Estamos conscientes de que a investigação na área da gestão e chefia de serviços de enfermagem é um processo complexo que tem influência na gestão das consultas, mais especificamente na consulta da diabetes, pelo que entendemos que o trabalho aqui apresentado se afigura apenas como um pequeno contributo para a compreensão do fenómeno em estudo, não sendo nossa pretensão, como já referimos, a generalização integral dos resultados obtidos.

Uma vez que a investigadora integra a equipa de saúde onde foram realizadas as entrevistas consideramos que tal facto pode ter influenciado as respostas dos enfermeiros, no sentido de se aproximarem mais do modelo exposto

do que do modelo em uso. Contudo, acreditamos que através da aplicação do questionário, tentamos minimizar o denominado efeito de “desejabilidade social”.

O ponto de partida desta investigação apoiou-se na questão: Qual é o modelo de cuidados na gestão da consulta de enfermagem na pessoa com diabetes?

Esta questão fundamenta-se na nossa experiência como enfermeira no ACeS, estimulada por alguns propósitos que nos conduziram neste processo investigativo, dos quais salientamos: i) o aumento da consciência por parte dos enfermeiros da necessidade de uma intervenção mais próxima da pessoa com diabetes, como fator promocional da sua adesão ao tratamento; ii) o interesse pessoal e gosto pela temática, uma vez que integramos a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes (UCFD) do ACeS onde foi desenvolvido o estudo, o que leva a um maior nível de compromisso com o trabalho a desenvolver; e, iii) o contributo para a afirmação da autonomia da enfermagem enquanto profissão, manifestado por um corpo de conhecimento próprio.

A relevância deste estudo para a enfermagem relaciona-se com o papel do enfermeiro de família centrado essencialmente na capacitação da pessoa na gestão da sua doença. Sendo a diabetes uma doença crónica essencialmente ligada aos estilos de vida, a sua gestão é particularmente complexa, exigindo uma abordagem multifatorial por uma equipa interdisciplinar onde, o enfermeiro, assume um papel ativo e fundamental, uma vez que também se encontra numa posição estratégica para intervir. Nesse sentido e, de acordo com a OE, os cuidados de enfermagem têm como fundamento a interação entre enfermeiro, pessoa, família, grupos e comunidade e utilizam a metodologia científica que inclui a identificação de problemas de saúde em geral e, de enfermagem, em particular.

Como sustentação teórica debruçámo-nos sobre vários pressupostos relacionados com a organização dos cuidados de saúde primários e a figura do enfermeiro de família, a doença crónica e suas exigências a nível dos cuidados nomeadamente as relacionadas com a diabetes e, por fim, o modelo de cuidado exposto e o modelo em uso.

A clarificação do referencial teórico revelou-se fundamental para o desenvolvimento do processo investigativo. O conhecimento sustentado, ancorado na compreensão de concepções promotoras e impulsionadoras do desenvolvimento

da capacitação das pessoas, revelou-se essencial no processo de compreensão do modelo adotado.

Quando iniciamos este estudo a nossa compreensão sobre o fenómeno era ainda pouco clara e objetiva. Com o decorrer do tempo o foco central da investigação foi-se tornando mais claro, o que nos permitiu identificar o modelo de cuidados adotado pelos enfermeiros na consulta à pessoa com diabetes, assim como os fatores facilitadores e dificultadores da adoção do modelo do *empowerment*.

Partimos para o trabalho de campo munidos de muitas dúvidas e incertezas e também das nossas conceções. Este revelou ser um percurso exaustivo e moroso, mas também desafiante e motivador. Exaustivo, porque o ACeS apresenta uma dispersão geográfica grande o que nos obrigou a percorrer bastantes quilómetros para realizar as entrevistas; moroso, porque tivemos de despende de muito do nosso tempo para o tratamento e análise das mesmas.

O facto de o período de recolha de dados através do questionário ter decorrido nos meses junho e julho, em época de férias, levou-nos a obter um número de questionários devolvidos baixo, por se tratar de um período de férias.

Da análise dos resultados obtidos foi possível perceber e concluir que a maioria dos enfermeiros de família do ACeS em estudo adotam o modelo do *empowerment* na gestão da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes. Segundo os enfermeiros do ACeS o modelo do *empowerment* é valorizado, essencialmente nas dimensões Acesso ao suporte e Acesso à informação. Contudo, denota-se alguma dificuldade na adoção de comportamentos promotores do *empowerment* na dimensão Acesso a recursos.

Neste estudo os enfermeiros de família referem como principais dificuldades da abordagem centrada no cliente promotora do *empowerment* o tempo destinado para a consulta, o tempo destinado para os registos e o conflito de papéis. De facto, os registos produzidos ainda estão muito voltados para a monitorização dos indicadores estabelecidos para a diabetes. Nesse sentido, os enfermeiros reconhecem que o tempo dedicado à consulta é escasso, não permitindo uma abordagem holística e capacitadora da pessoa. O tempo destinado aos registos compete com o tempo destinado ao processo de cuidar e nem sempre traduz o trabalho realizado, dando pouca visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com diabetes.

Como fatores facilitadores da abordagem centrada no cliente promotora do *empowerment*, os enfermeiros salientam o reconhecimento, por parte do cliente, do seu papel como enfermeiro, o método de trabalho como enfermeiro de família, a formação profissional contínua e os resultados traduzidos em ganhos de saúde.

Como sugestões e aspetos a melhorar os enfermeiros salientam a realização de consultas em visita domiciliária e a existência de outro tempo para a realização da consulta de enfermagem, que não coincidente com a consulta médica.

De facto, a reorganização da estrutura organizacional dos CSP, com modelos de gestão partilhada procura dar resposta às atuais necessidades de saúde da população, integrando o cidadão na gestão do seu processo saúde/doença. Considerando a pertinência desta investigação, esperamos que os resultados do presente estudo possam ser catalisadores de novas práticas, nomeadamente nos gestores de enfermagem, no sentido de motivarem as suas equipas para a adoção de um modelo de cuidados centrado na pessoa com diabetes. As organizações de saúde e, neste caso específico, os CSP devem reconhecer a necessidade de investir nesta área, quer no reforço dos recursos humanos quer na formação contínua dos profissionais, porque investir agora trará ganhos a longo prazo.

Salientamos que este estudo tem limitações que se prendem com as opções metodológicas adotadas. Face aos instrumentos de recolha de informação utilizados, questionário e entrevista, concordamos que nos poderão ter orientado mais para uma perspetiva do modelo exposto do que do modelo em uso, facto que poderia ser minimizado pela adoção em simultâneo de uma observação participante.

Neste momento consideramos que outros estudos poderiam ser realizados para que pudéssemos indagar sobre a possível associação entre os modelos de gestão e os modelos orientadores da prática profissional. Será que profissionais mais “empoderados” têm uma abordagem predominantemente centrada no cliente, com vista a capacitá-lo para gerir o seu projeto de saúde? Estas, constituem algumas das áreas que, na nossa perspetiva, poderão merecer a atenção de novos investigadores, no sentido de avançar para uma enfermagem mais significativa para as pessoas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, R. – *Empowerment, Participation and Social Work* [Em linha] [S.I.]. Practical Social Work Series, 2008. [Consult.30 set. 2014]. Disponível em WWW:<<http://www.palgrave.com/page/detail/empowerment,-participation-and-social-work-robert-adams/?K=9781137050533>>

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - *Metodologia de Contratualização* [Em linha] [S.I.]. Ministério da Saúde, 2009, 20 de janeiro de 2009. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_2009.pdf>.

ABREU, W.C. – *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau, 2008.

ALBINI, L. - *Vivenciando o Empoderamento do Enfermeiro em um Hospital de Ensino na Implementação Modelo Gerencial* [Em linha]. Curitiba. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Paraná. [Consult. 29 set. 2014]. Disponível em WWW:<http://hdl.handle.net/1884/35019>

ALVES, M.C. - *A propósito de modelos para o exercício de enfermagem*. Sinais Vitais, nº 45, (Nov./2002), p.40-42.

AMARAL, A. – *O Valor da enfermagem: Enfermagem de Nightingale aos Dias de Hoje 100 Anos*. [Em linha]. Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. [Consult.13 set. 2014]. Disponível em WWW:<file:///C:/Users/cristina/Downloads/Enfermagem_de_Nightingale_aos_dias_de_hoje_100_anos.pdf<

ANDERSON, R. ; FUNNELL, M. - *The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators*. 2ª ed. Virginia: American Diabetes Association, 2005.

ARAÚJO, M.F; Oliveira, F.M. - *A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional*. Revista Eletrônica de Ciências Sociais [Em linha]. Nº 14 (Set. 2009), p. 03-14. [Consult.13 set. 2014]. Disponível em WWW:<<http://www.cchla.ufpb.br/> ISSN 1517-6916.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA – *Contributo da APEGEL para o Referencial de Competências dos Enfermeiros da Área da Gestão*. APEGEL, 2013.

ASSOCIAÇÃO PROTETORA DIABÉTICOS PORTUGAL (APDP) – *Educação terapêutica*. APDP, 2013.

ASSOCIAÇÃO PROTETORA DIABÉTICOS PORTUGAL (APDP) – *Curso Avançado de Diabetes para Enfermeiros: Conhecer a pessoa com diabetes*. APDP, 2013

BAPTISTA, M.J. – *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios: Segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel, 2011.

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2014.

BENNER, P. – *De iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição comemorativa, 2ªed. Quarteto, 2005.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.- *O trabalho das enfermeiras na Saúde da Família: renormalizações entre o real e o prescrito*. Coimbra: Referência, III Série, 2012.

BOAVIDA, J.M. – *Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes*. Revista Portuguesa Cardiologia [Em linha]. Nº32 (2013), p.32-34 [Consult.18 jun. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.elsevier.pt>

BODENHEIMER, T.; MACGREGOR, K.; STOTHART, N.- *Nurses as leaders in chronic care: Their role is pivotal in improving care for chronic diseases*. BMJ [Em linha]. Vol. 330, nº 7492 (mar. 2005), 612-3. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.b.ebscohost.com>>. ISSN 0959-8146.

BRANCO, A.G; RAMOS, V. - *Cuidados de saúde primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Em linha]. Vol. Temático nº 2 (2001), p.5-12. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível na Internet:<URL:<<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>>

BRODY, A.A. [et al.] - *Potential Path to Staff Nurse Empowerment and Leadership Growth*. JONA [Em linha]. Vol. 42, nº1 (Jan.2012), p. 28-33. [Consult. 10 ago. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22157379>> DOI: 10.1097/NNA.0b013e31823c17f5

CAMARA, P.; GUERRA, P.; RODRIGUES, J. – *Novo Humanator: Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Alfragide: D. Quixote, 4ª ed, 2010.

CAMARGO, I.L; CARO, C.V. - *El papel autónomo de enfermeira en las consultas*. Avances en Enfermería. Vol.28, nº1 (Jan./jun.2010), p.143-150.

CAMPOS, A.C. – *Reformas da Saúde: O fio condutor*. Coimbra:Almeida,2008.

CARAPETO, C.; FONSECA, F.– *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação*. Edições Sílabo, 2ªed. Lisboa, 2006.

CARRILHO, F.– *A Individualização do Tratamento da Diabetes Tipo 2 de Acordo com o Recente Consenso ADA/EASD*. Diabética, nº3. Lisboa, 2012.

CARVALHO, G. [et al.] - *O Modelo Biomédico e a Abordagem de Promoção da Saúde na Prevenção de Comportamentos de Risco* [Em linha]. [S.l.]: Universidade do Minho, 2008. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7640/1/BM%20%26%20HP%20comp-risco.pdf><

CARVALHO, J.M.S. – *Planeamento Estratégico: O seu guia para o sucesso*. Vida Económica-Editorial, SA. Porto, março 2012.

CARVALHO, S.R.- *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde*. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-95, jul-ago, 2004.

CASTRO, F. [et al.] - *A Methodology for Conducting Integrative Mixed Methods: Research and Data Analyses*. Mix Methods Res. Author manuscript [Em linha]. Vol. 4, nº4, (dez. 2011), p. 342-360. (Consult. 11 ago. 2014). Disponível na

Internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3235529/pdf/nihms-248033.pdf>>. DOI:10.1177/1558689810382916.

CHRISTENSEN, M.; HEWITT-TAYLOR, J.- *Empowerment in nursing: paternalism or maternalism?* British Journal of Nursing [Em linha]. Vol. 15, nº13 (Jul. 2006), p.695-699. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16926716>>

CISNEROS, L.; GONÇALVES, L.A.O. - *Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares*. Minas Gerais: Ciência e Saúde Coletiva [Em linha]. Vol. 16, nº1. (2011), p.1505-14. (Consult. 11 ago. 2014). Disponível na Internet: <URL <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700086>>

CLAVELLE, J.T.; O'GRADY, T.P.; DRENKARD, K. - *Structural Empowerment and the Nursing Practice Environment in Magnet Organizations*. JONA [Em linha]. Vol. 43, nº11 (Nov. 2013), p.566-573. (Consult. 11 ago. 2014). Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24153197>> DOI:10.1097/01.NNA.0000434512.81997.3f

COSME, A. - *A construção das práticas em enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário*. Sísifo/Revista de Ciências da Educação. Nº 5, (Jan/abr. 2008), p. 33-44.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda da inovação nos cuidados*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, (Março, 2009)

CORREIA, H.C.T; ESPINCHO, M.J.T; MOREIRA, J.M.S; PACHECO, S.C.C. - *Cuidados de enfermagem em saúde comunitária ao adolescente*. Servir. Vol. 54, nº 2, (Mar./Abr. 2006), p. 78-86.

COSTA, F.L.. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde - *O Governo quer um Médico de família para quem deseja*, in *Jornal Médico* [S.I.],Edições Farma. Vol.1, nº1 (Mar. 2013), p.6-7.

CUNHA, M. P. [et al.] – *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo, 2012.

DECRETO-LEI nº157/99. D.R. I Série-A, nº 108 (99-05-10), p.2424-2435.

DECRETO-LEI n.º 28/08. D.R. I Série, nº 38 (08-02-22) p.1182-1189.

DESPACHO n.º 3052/2013, D.R. II Série, nº 40 (13-02-26), p.7527-7529.

DECRETO-LEI nº 118/2014. D.R. I Série, nº 149 (14-08-05) p. 4069-4071.

DGS – Norma Nº 14/2000 – *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Lisboa, 12 de dezembro 2000.

DGS - Norma N.º 2/2001: *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Lisboa, 14 de janeiro 2011.

DGS – Informação Nº 001/2013: *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Lisboa, 19 de fevereiro de 2013.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. - *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: desenhos de pesquisa qualitativa*. Revista Latino-americano Enfermagem [Em linha]. Vol.15, nº4, (julho-agosto, 2007). [Consult. 10 ago. 2014]. Disponível na Internet:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf>

DUARTE, R. [et al] - *Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2: com base na Posição Conjunta ADA/EASD*. Revista Portuguesa de Diabetes. SPD. Lisboa, 2013, Vol., nº1, p. 4-29. ISSN: 1646-3994.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Porto: ERS, 2011.

FARRA, R.; LOPES, P. - *Métodos Mistos de Pesquisa em Educação: Pressupostos Teóricos*. Nuances: estudos sobre Educação [Em linha]. Vol.24, nº3, (set.-dez. 2013), p. 67-80. (Consult. 11 ago. 2014). Disponível na Internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v24i3.2698>>.

FELLI, V.E.; PEDUZZI, M.– *O Trabalho Gerencial em Enfermagem*. In Kurcgant - Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ªed. 2011, p.01-11.

FERNANDES, L. [et al.]. - *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. Revista Nursing, vol. 267, (2011), p.11-14.

FERREIRA, L. - *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?* [Em linha]. Ponta Delgada. Ordem Enfermeiros. Secção Regional dos Açores, (Dez. 2010). [Consult.13 set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx>>.

FERREIRA, J.M.C.; NEVES, J.; CAETANO, A. – *Manual de Psicologia das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora, 2011.

FERREIRA, M.M.F. - *Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias: Enfermagem de Nightingale aos Dias de Hoje 100 Anos*. [Em linha]. Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012^a. [Consult.13 set. 2014]. Disponível em WWW:<file:///C:/Users/cristina/Downloads/Enfermagem_de_Nightingale_aos_dias_de_hoje_100_anos.pdf>.

FERREIRA, I.M.F. – *Empowerment: Preferência e Valorização das Grávidas Face aos Cuidados de Enfermagem Pré-natais*. Porto: Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012^b.

FERRITO, C. - *Intervenções de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2 em cuidados de saúde primários: Contributos para uma prática baseada em evidência* [Em linha].[S.l.]: Tese de Doutoramento Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde, 2010. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10400.14/7177>>.

FIGUEIROA-RÊGO, S.C.R.- *Século XXI: novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso*. Pensar Enfermagem, vol. 7, nº 2, (2º Semestre de 2003), p.34-48.

FORTIN, M. – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FRADIQUE, M.J.; MENDES, L. – *Efeitos da Liderança na Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Referência. [Em linha]. III Série, nº10. Coimbra, (Jul. 2013), p. 45-53. [Consult. 08 ago. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>>

FRANSEN, M. WAGNER, C.; ESSINK, M. - *Diabetes self-management in patients with low health literacy: Ordering findings from literature in a health literacy framework*. Patient Education and Counseling [Em linha]. VOL.88, nº1, (Jul. 2012), p. 44-53. Consult. 11 mai. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22196986>>. doi: 10.1016/j.pec.2011.11.015.

GATELY, C.; ROGERS, A.; SANDERS, C. - *Re-thinking the relationship between long-term condition self-management education and the utilization of health services*. Social Science & Medicine [Em linha]. Vol.65, (Mai. 2007), p.934–945. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.b.ebscohost.com>>

GEORGE, F. - *A inevitabilidade do MDP centra atenções na V Conferência de Regulação*. Ordem dos Enfermeiros, 2013

GEORGE, F. – *Sobre determinantes da saúde*. [Em linha]. Lisboa:DGS,2014, atual.11 mar. 2014. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:URL:<http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>

GOUVEIA, A.L. - *Efeitos do Empowerment Estrutural nos comportamentos de Mobilização de profissionais de saúde e na perceção dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados aos Doentes: Uma revisão sistemática da literatura* [Em linha]. Coimbra: Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra, 2013. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25487/1/Tese%20de%20Mestrado%20Ana%20Lau%202013.pdf>>

GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - *Acontecimento extraordinário: Relatório do grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários* [Em linha]. Lisboa, 2009, atual.28 fev. 2009. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW: URL:<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7BC7CBA8-CAFB-4BA0-8CEE-D214AF7316A5/0/RelatorioCSPFev2009FECHADOx300dpi.pdf>>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)* [Em linha]. Genebra: Cadernos OE. Série II, nº1, 2009. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em

WWW:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CIPE_AdesaoTratamento.pdf

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Enfermeiros: Uma força para Mudar – Um Recurso Vital para a Saúde: Dia Internacional do Enfermeiro 2014 [Em linha]. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. (Mai. 2014). [Consult. 10 set. 2014]. Disponível em WWW: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2014_vf_2_proteg.pdf

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - *International Curriculum for Diabetes Health Professional Education*. Brussels: IDF Publications. (2002).

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - *Diabetes atlas* [Em linha]. Brussels: IDF Publications, 2009. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL <http://www.diabetesatlas.org/content/introduction>>

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - *Global Guideline for Type 2 Diabetes* [Em linha]. Brussels: IDF Publications, 2012. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.idf.org/worlddiabetesday/selfie-app>>

JACKSON, D.; ANDREW, S.; CLEARY, M. - *Family and community health nursing: Challenges and moving forward*. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profess [Em linha]. Vol. 41, nº1, (Abr. 2012), p141-144. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/79859403/family-community-health-nursing-challenges-moving-forward>>

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M.C. - *Cultura e poder nas organizações de saúde*. In Kurcgant - Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.26-36.

LAGGER, G. – *L'Éducation thérapeutique* [Em linha]. Paris: MÉDECINE. Vol.4, nº5, (Mai. 2008), p.: 223-226. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: URL:<http://cms.unige.ch/ldes/wp-content/uploads/2012/07/Motiver-pour-changer-un-mod%C3%A8le-d%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-pour-chaque-patient-diab%C3%A9tique.pdf>

LANDIM, F.L. [et al.] –. Fortaleza: RBPS. Vol. 19, nº1, (jan. 2006), p.53-58. *Uma Reflexão Sobre as Abordagens em Pesquisa com Ênfase na Integração Qualitativo-Quantitativa*

LASCHINGER, H. [et al.] - *Towards a comprehensive Theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care*. Journal of Nursing Management [Em linha]. Vol.18,nº1, (Jan. 2010), p. 4-13. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20465724>>. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x.

LASCHINGER, H. [et al.] - *The Influence of Nursing Unit Empowerment and Social Capital on Unit Effectiveness and Nurse Perceptions of Patient Care Quality*. JONA [Em linha]. Vol. 44, nº6 (Jun. 2014), p. 347-352. [Consult. 15 ago. 2014]. Disponível na Internet:<URL: http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=2474348> DOI: 10.1097/NNA.0000000000000080.

MACHADO, M. M. - *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* [Em linha]. [S.l.]. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 2009. [Consult. 15 ago. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/>>

MACIEL, I.C.F.; ARAÚJO, T.L. - *Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão tensão arterial, em fortaleza*. Rev Latino-am Enfermagem [Em linha]. Vol.11, nº2 (Mar-abr. 2003), p. 207-14. [Consult. 15 ago. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a10.pdf>>

MACPHEE, M. [et al.] - *An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence*. Journal of Advanced Nursing [Em linha]. Vol. 68, nº1, (Abr. 2011),p.159–169. [Consult. 12 set. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21722167>> doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05746.x.

MARQUES, J. – *G de Gente: A Força da Natureza Humana e os Caminhos da Neurogestão*. [S.l.]: Gestãoplus, 2011.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. - *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 6ªed. 2010.

MASSAROLLO, M.C.; FERNANDES, M.F.– *Ética e Gerenciamento em Enfermagem*. In Kurcgant - Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ªed. 2011. p.13-22.

MEETOO, D.; GOPAUL, H. - *Empowerment: giving power to people with diabetes*. Journal of Diabetes Nursing [Em linha]. Vol 9, nº 1 (2005), p.28-32. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.thejournalofdiabetesnursing.co.uk/media/content/master/1913/files/pdf/jdn9-1-28-32.pdf>>

MELEIS, A.I. [et al.] – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science* [Em linha]. Vol. 23, nº3 (Set, 2000), p.12-28. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>> . ISSN 10970036.

MELEIS, A.I. – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia. 4^{ed} Lippincott Williams e Williams. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Administração Central de Sistema de Saúde. Departamentos de Contratualização. Administrações Regionais de Saúde – *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários*. Janeiro 2013.

MONIZ, J.M.N. - *Modelos teóricos de enfermagem: modos de estar, mudanças de ser*. IN: *Servir*. - ISSN 0871-2370. - Vol. 48, nº 5 (Set./Out. 2000), p. 245-248.

NATHAN, D.M. [et al.] - *Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy*. *Diabetes Care* [Em linha].Vol. 32. Nº1 (jan. 2009), p. 193-203. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://care.diabetesjournals.org/content/32/1/193.full.pdf>> DOI: 10.2337/dc08-9025

NEVES, P. – *O que é uma Boa Investigação Qusantitativa?* In GOMES, Jorge; CESÁRIO, Francisco – *Investigação em Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Escolar Editora, 2014.

OLIVER, B. [et al.] - *Structural Empowerment of Clinical Nurse Managers*. *JONA* [Em linha]. Vol. 44, nº 4 (Abr. 2014), p. 226-231. [Consult. 16 ago. 2014]. Disponível na Internet: [URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24662692](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24662692)> DOI: 10.1097/NNA.0000000000000059

OLIVEIRA, N.E.S [et al.] - *Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros*. *Rev. Eletr. Enf.* [Em linha] Vol.15, nº2,

(Abr/jun. 2013), p.334-43. [Consult. 05 fev. 2014]. Disponível na Internet: <URL:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>> DOI: 10.5216/ree.v15i2.17916.

OLIVEIRA, T.C. – *O que é uma Boa Investigação Qualitativa?* In GOMES, Jorge; CESÁRIO, Francisco – *Investigação em Gestão de Recursos Humanos: Um Guia de Boas Práticas*. Lisboa: Escolar Editora, 2014.

OPSS – *Saúde Síndrome de Negação: Relatório de Primavera 2014* [Em linha]. [S.l.]. OPSS, 2014. [Consult. 19 ago. 2014]. Disponível em WWW:[URL:http://www.observaport.org/RP2014](http://www.observaport.org/RP2014)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Conferência de Munique*. Ordem dos Enfermeiros, nº 0 (julho 2000), p. 7-11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros, dezembro 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem Enfermeiros. 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Divulgar, OE. 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Enfermeiro de Família proposto pela Ordem dos Enfermeiros aprovado em Conselho de Ministros* [Em linha]. [S.l.], Press Release, atual. 20-06-2014. [Consult. 20 ago. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Enfermeiro-de-Familia-proposto-pela-Ordem-dos-Enfermeiros-aprovado-em-Conselho-de-Ministros.aspx>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Dados Estatísticos a 31-12-2013*. Departamento de Informática. [S.l.], 2014, atualizado a 31 de dezembro de 2013. [Consult. 01 ago. 2014]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/index.html#15/z>>

PAIS-RIBEIRO, J.L. - *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, 2ªed. 2007.

PARLAMENTO EUROPEU - *Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes na EU* [Em linha]. [S.l.], 2012,

atual. 12 mar. 2012. [Consult. 20 jun. 2014]. Disponível em WWW:[URL:http://www.dgs.pt/?cr=22169](http://www.dgs.pt/?cr=22169)>

PEREIRA, M.A.M. - *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente* [Em linha]. Lisboa. [s.n.]. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta, 2010. Consult.05 fev. 2014]. Disponível em WWW: [URL:http://hdl.handle.net/10400.2/1666](http://hdl.handle.net/10400.2/1666)>

PEREIRA, M.C. - *Empowerment e enfermagem: Que repercussões?*. Coimbra: Referência, III Série, 2012.

PEREIRA, R.P.; CARDOSO, M.J.; MARTINS, M.A. - *Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário*. Coimbra: Referência, III Série, 2012.

PEREIRA, I.F. – *Regresso a Casa: Estrutura da Ação de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2013.

PÉRES, D.S. [et al.] - *Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Em linha]. Ribeirão Preto: Vol.15, nº6 (Nov./dez. 2007), p.1105-1112. [Consult. 13 set. 2014]. Disponível na Internet: [URL:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600008](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600008)>.

PERES, H.; LEITE,M.M. – *Sistemas de Informação em Saúde*. In Kurcgant - Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ªed. 2011. p.63-70.

PINHEIRO, C.T.M. - *A Gestão das Doenças Crónicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. Lisboa: [s.n.], Dissertação de Mestrado 2008. [Consult.05 fev. 2014].Disponível em WWW: [URL:http://hdl.handle.net/10400.2/1233](http://hdl.handle.net/10400.2/1233)>

PISCO, Luís – *A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. [Em linha]: Cadernos de Economia, 2007, 27 Set. 2007. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW: [URL:http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf)>

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P.- *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

POLIT; HUNGLER – *Investigacion científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill, 6ª Ed. 2000. ISBN 970-10-2690-X

PORTARIA nº 377-A/2013. D.R. I Série. Nº252 (13-12-30), p. 7004-(22) - 7004(28).

PORTUGAL - Constituição da República Portuguesa. Assembleia constituinte a 2 de abril de 1976.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. ACSS. Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Metodologia de Contratualização. [Em linha]: Departamentos de Contratualização, 2009, 20 jan. 2009. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW:[URL:http://www.acss.min-saude.pt.pdf](http://www.acss.min-saude.pt.pdf) >

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Normativa nº2/2011. *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Lisboa: DQS/PNPCD, 2011.

PORTUGAL. Ministério da saúde - *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo Estratégico - Cidadania em Saúde*. Ministério da saúde. 2012.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Circular Informativa nº1/2013 – *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. Lisboa: DQS/DPND/OM, 2013.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. ACSS. Departamentos de Contratualização - *Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. [S.l.], 2013, atuali. 1 out. 2013. [Consult.18 jun. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.acss.min-saude.pt/>>

PORTUGAL. Ministério da Saúde - *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. [Em linha]: Ministério da Saúde, 2013, atual. Jul. 2014. [Consult. 05 ago. 2014]. Disponível em WWW: <URL: http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/D94D8F82-DC4E-4B7A-96BC-7E4FAE3077E8/0/20140724_RA_Acesso_2013V12.pdf>

PORTAL DA SAÚDE - *História do Serviço Nacional de Saúde*. 2010. <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>>

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS.- *Resolução do Conselho de Ministros n.º 45/2009*. D. R. I Série N.º 104 (09-05-29), p.3345-3347.

RAMOS, V. [et al.]. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários [Em linha] - *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. Documento de trabalho. 2012. [Consult. 05 ago. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>>

RIBEIRO, J. M - *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Referência, III Série, Nº 5 (Dez. 2011), p.27-36.

ROCHA, A. [et al.] - *Cuidar interpessoal: teoria de enfermagem de Jean Watson*. Sinais Vitais, nº 47, (Março/2003), p.60-66

RYAN, P.; SAWIN, K. - *The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes*. Nursing Outlook [Em linha]. Vol.57, nº4 (jul.-ago. 2009), p. 217-225. [Consult.05 fev. 2014]. Disponível na Internet:[URL:http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced](http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced) DOI: 10.1016/j.outlook.2008.10.004.

SABÓIA, V.M.; VALENTE, G.S.C. - *A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos*. Revista de Enfermagem Referência [Em linha]. III Série, nº2 (Dez. 2010), p.17-26. [Consult.16 ago. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=dac167c6-f7c8-42d2-9019-66bf00bb3820%40sessionmgr115&hid=126>>

SANTOS, L.M.S. - *How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care*. Invest Educ Enferm. [Em linha]. Vol. 32, nº2, (Jul. 2014), p.260-269. [Consult.13 set. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3bb3758f-7eb8-4c94-ace8-65cef66c4627%40sessionmgr4005&hid=4204>>

SILVA, A.P: – *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Formasau e Escola Superior de Enfermagem de S. João, 2006.

SILVA, A.P: – *Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da disciplina*. Servir. Vol. 55 (Jan-fev. 2007), p. 11-20.

SILVA, M.A. – *Intenções Dominantes nas Conceções de Enfermagem: Estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Porto. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, 2011.

SILVA, S. [et al.]- *Atividades Desenvolvidas por Enfermeiros no PSF e Dificuldades em Romper o Modelo Flexneriano*. Ver. *Enferm.Centro Oeste Min.* [Em linha]. Vol. 1, nº1 (Jan/mar. 2011), p. 30-39. [Consult.16 ago. 2014]. Disponível na Internet: <URL: www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/14/67>.

SILVA, M.; COSTA, M.A.; MARTINS, M.M. - *Atitudes dos enfermeiros de Cuidados Saúde Primários em relação à família*. Coimbra: Referência, III Série, 2012.

SILVA, M.G. – *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Monitor. Lisboa, 2013.

SIMÕES, M.J. - *Consulta de Enfermagem de Diabetes: Um Contributo para a Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem* [Em linha]. Lisboa. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. [Consult. 05 ago. 2014]. Disponível em WWW:[URL:http://hdl.handle.net/10400.14/8919](http://hdl.handle.net/10400.14/8919)

SOBREIRA, C. [et al.] - *Desenvolvimento pessoal do enfermeiro: contextos da prática e da formação*. Sinais Vitais, nº 56, (Set./2004), p. 14-18.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA - *Diabetes: Factos e Números 2013* – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. SPD. Lisboa, 2013.

SOMMER, M. [et al.] - *Empowerment e Percorso Académico: Voltar à Escola Depois dos 23 Anos*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, 2010. p. 1671-1681.

SOUSA, P.A.F. – *O Sistema de Saúde em Portugal: Realizações e desafios* [Em linha]. [S.l.]: Acta Paul Enferm, 2009, p.884-94. [Consult. 05 ago. 2014]. Disponível em WWW:[URL:http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf)

STRAUSS, A.; CORBIN, J. – *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1043-5;

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2013.

TAJRA, S.F. – *Gestão Estratégica na Saúde: Reflexões e Práticas para uma Administração Voltada para a Excelência*. S. Paulo: Iátria, 2ªed, 2009.

TANQUEIRO, M.T.- *Fatores que interferem na gestão do auto cuidado nos idosos com diabetes*. Coimbra: Referência, III Série, 2012.

TEIXEIRA, S. – *Gestão Estratégica*. Escolar Editora. Lisboa 2011

TZU, L.– *Principles of Education and Learning*. In LLEWELLYN, A.; LEONARD, M. – *Nursing Case Management*. Georgia: American Nurses Credentialing Center, 3ªed, 2009.

WILSON, P.; KENDALL, S.; BROOKS, F. - *The Expert Patients Programme: a paradox of empowerment and medical dominance*. Health and Social Care in the Community [Em linha]. Vol. 15, nº5 (jan. 2007), p.426-438. [Consult.05 fev. 2014]. Disponível na Internet: [URL:http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=bd6f7882-ad0f-4aa9-804c-74aaebb499d5%40sessionmgr4004&hid=4204](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=bd6f7882-ad0f-4aa9-804c-74aaebb499d5%40sessionmgr4004&hid=4204)> ISSN 1365-2524.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata - URSS, 6-12 September 1978. Geneva

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Therapeutic Patient Education*.Copenhagen: WHO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Adherence to long term therapies: Evidence for action* [Em linha]. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2003. [Consult. 05 ago. 2014]. Disponível em WWW: www.emro.who.int/ncd/Publications/adherence_report.pdf

YARWOOD, J. - Nurses' views of family nursing in community contexts: an exploratory study. *Nursing Praxis in New Zealand*. Vol. 24, nº2, (Jul. 2008), p.41-51. [Consult.05 fev. 2014]. Disponível na Internet: [URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18810903](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18810903)>

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN) - *Management of diabetes: A national clinical guideline*. Edinburgh. March 2010.

ANEXOS

ANEXO I - Indicadores da área clínica da Diabetes

Indicadores da área clínica da Diabetes

Código	Nome do Indicador	ID
2.05	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância.	75
5.04.01	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 2 HgbA1c no último ano, desde que abranjam os 2 semestres.	38
5.04.02	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos 1 HgbA1c no último semestre.	88
5.07	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano.	35
5.09	Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos uma referência ou pelo menos um registo de realização de exame à retina, no último ano.	40
5.18	Proporção de utentes com diabetes tipo 2, em terapêutica com insulina.	41
5.19	Proporção de utentes com diabetes tipo 2 com terapêutica com metformina.	42
5.30	Proporção de utentes com diabetes, com microalbuminúria no último ano.	97
6.05.01	Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %.	39
6.05.02	Proporção de utentes com diabetes, com idade inferior a 65 anos, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 6,5 %.	91
6.16.02	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância e registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.	36
6.19	Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano.	37
6.34	Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado.	43
6.39	Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes.	85
7.08	Rácio entre a despesa faturada com inibidores DPP-4 e a faturada com antidiabéticos orais, em doentes com DM2.	96
8.02.01	Número de unidades de contratualização relacionadas com vigilância de utentes com diabetes (atividades específicas).	80

Fonte: Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários, ACSS (2013).

ANEXO II – Guião da Entrevista

I - OBJETIVOS GERAIS:

- i) Identificar o modelo adotado pelos enfermeiros na consulta à pessoa com diabetes;
- ii) Perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao *empowerment* na pessoa com diabetes;
- iii) Identificar os fatores inibidores e facilitadores de uma prática de enfermagem centrada na autogestão da diabetes.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade: ____ anos
3. Tempo na profissão: _____ anos
4. Tempo de trabalho em cuidados de saúde primários: _____ anos
5. Tempo de trabalho na consulta da diabetes: _____ anos
6. Habilitações académicas (pode assinalar mais que uma opção):
 - 6.1. Bacharelato
 - 6.2. Licenciatura
 - 6.3. Especialidade Qual? _____
 - 6.4. Mestrado Qual? _____
 - 6.5. Doutoramento Qual? _____
7. Fez formação em serviço na área da diabetes nos últimos 2 anos? Sim Não
 - 7.1 Se sim, qual?

8. Sente que possui formação suficiente para dar resposta às necessidades do diabético?
Sim

Não
 - 8.1 Se não,
porquê? _____

ENTREVISTA

- 1- Gostaria que me descrevesse como é que habitualmente faz a consulta ao diabético. Como é que a inicia? Que seguimento dá? E como a termina?
- 2- Qual considera ser o papel do enfermeiro nesta consulta?
- 3- Na sua opinião, quais os objetivos esta consulta?
- 4- Existe algum aspeto na consulta que gostaria que fosse diferente? Qual e porquê?
- 5- Para si é fácil fazer a consulta? Porquê?
- 6- Quais os aspetos da consulta que o satisfazem profissionalmente, ou seja, que aspetos da consulta vão ao encontro da sua conceção de enfermagem?
- 7- Quais são as dificuldades que sente na realização da consulta?
- 8- Considera que na consulta consegue conhecer a experiência pessoal com a sua doença? O que é que costuma fazer para o conhecer melhor?
- 9- Como é que faz para perceber os verdadeiros interesses e necessidades da pessoa?
- 10- Para si é fácil perceber a vontade, o envolvimento e a adesão ao tratamento? No caso da não adesão, como trabalha isso?
- 11- Costuma ter em consideração a vontade da pessoa face à informação? Como faz para perceber que quantidade de informação ela necessita ou quer?
- 12- Consegue identificar os objetivos da pessoa com diabetes? Como faz isso?
- 13- Como planeia o ensino?
- 14- Como é que estimula a alteração dos hábitos?
- 15- Perante uma pessoa resistente à mudança, o que é que costuma fazer?
- 16- Que estratégia utiliza para envolver o doente na tomada de decisão?
- 17- É frequente o diabético vir acompanhado de algum familiar ou, pelo contrário, a consulta é apenas com a pessoa envolvida?
- 18- Considera a presença dos familiares, importante no tratamento do diabético? Porquê?

**ANEXO III - Questionário do Modelo de Cuidados de
Enfermagem na Diabetes**

Questionário

Nº _____

APRESENTAÇÃO: Chamo-me Cristina Lamarão Rosas, sou enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e encontro-me a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Pretendo desenvolver um estudo que tem como finalidade perceber como é feita a gestão de consulta da pessoa com diabetes pelos enfermeiros, pelo que solicito ao colega a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

INSTRUÇÕES: O questionário apresenta-se sob a forma de tabela, numerada de 1 a 12, onde em cada um dos pontos se apresentam duas opções da sua conduta diária (o que habitualmente faz) na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes. Peço para se posicionar em cada ponto apenas numa das alíneas, indicando com um X o grau de importância que lhe atribui. Se, por exemplo, na pergunta 1 assinalar a resposta na escala da alínea a), não o faça para a alínea b).

POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES E ASSINALE APENAS UMA RESPOSTA

Assinale com uma cruz no quadrado desta coluna, se concordar mais com a afirmação da esquerda

Assinale com uma cruz no quadrado desta coluna, se concordar mais com a afirmação da direita

1 a) Na consulta de enfermagem forneço informação adequada às dúvidas que a pessoa diabética apresenta.			
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou	1 b) Na consulta de enfermagem forneço a informação que costumo transmitir, por norma, a todos os diabéticos.			
	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

2 a) Na consulta de enfermagem informo apenas sobre os recursos das instituições de saúde e da comunidade que considero melhor para o diabético.			
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou	2 b) Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a perceber quais os recursos disponíveis nas instituições de saúde e na comunidade mais adequados para si.			
	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

3 a) Na consulta de enfermagem digo ao diabético quais os recursos para controlar a sua diabetes.			
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou	3 b) Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a identificar os recursos para controlar a sua diabetes			
	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

4 a) Na consulta de enfermagem respeito as escolhas informadas do diabético, mesmo que estas sejam diferentes das que eu tomaria para mim.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou

4 b) Na consulta de enfermagem sou eu a decidir, como se estivesse na situação do diabético.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

5 a) Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a perceber de que forma as suas crenças, medos e sentimentos podem afetar os esforços no controlo da diabetes.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou

5 b) Na consulta de enfermagem digo ao diabético para colocar as suas crenças e os seus medos de parte e afastar os maus pensamentos.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

6 a) Na consulta de enfermagem transmito, sobre a forma que considero mais adequada, apenas a informação necessária para que o diabético consiga atingir os objetivos por mim propostos.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou

6 b) Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a perceber as diferentes formas de alcançar os objetivos mutuamente definidos.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

7 a) Na consulta de enfermagem centro-me apenas no diabético, não envolvendo a sua família, os amigos e a comunidade.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou

7 b) Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a encontrar estratégias para desenvolver relações sólidas com a família, os amigos e a comunidade.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

8 a) Na consulta de enfermagem utilizo estratégias personalizadas para ajudar o diabético a aprofundar os conhecimentos e as capacidades que necessita para controlar a sua diabetes.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou

8 b) Na consulta de enfermagem ensino e demonstro ao diabético os cuidados a ter para controlar a sua diabetes da mesma forma que faço para todos os outros diabéticos.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

9 a) Na consulta de enfermagem informo o diabético sobre as vantagens e desvantagens das diferentes opções que pode tomar para controlar a sua diabetes evitando o aparecimento de complicações.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

ou

9 b) Na consulta de enfermagem informo o diabético apenas sobre os benefícios das opções que considero mais adequadas para controlar a diabetes e evitar as complicações.

Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente

10 a) Na consulta de enfermagem facilito o contacto e a relação do diabético com outros elementos da equipa de saúde.	ou	10 b) Na consulta se enfermagem estabeleço pelo diabético o contacto com os outros elementos da equipa de saúde.																
<table border="1"> <tr> <td>Sempre</td> <td>Quase sempre</td> <td>Por vezes</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente						<table border="1"> <tr> <td>Sempre</td> <td>Quase sempre</td> <td>Por vezes</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente				
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente															
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente															
11 a) Na consulta de enfermagem digo ao diabético quais os cuidados a ter no controlo da sua diabetes.	ou	11 b) Na consulta de enfermagem incentivo o diabético a tomar as suas próprias decisões de forma informada sobre os cuidados a ter na autogestão da sua diabetes.																
<table border="1"> <tr> <td>Sempre</td> <td>Quase sempre</td> <td>Por vezes</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente						<table border="1"> <tr> <td>Sempre</td> <td>Quase sempre</td> <td>Por vezes</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente				
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente															
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente															
12 a) Na consulta de enfermagem ajudo o diabético a utilizar os seus conhecimentos e habilidades para gerir a sua doença.	ou	12 b) Na consulta de enfermagem digo ao diabético o que deve fazer para gerir a sua doença.																
<table border="1"> <tr> <td>Sempre</td> <td>Quase sempre</td> <td>Por vezes</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente						<table border="1"> <tr> <td>Sempre</td> <td>Quase sempre</td> <td>Por vezes</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente				
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente															
Sempre	Quase sempre	Por vezes	Raramente															

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

- Sexo:** Masculino Feminino
- Idade:** ____ anos
- Tempo na profissão:** ____ anos
- Tempo de trabalho em cuidados de saúde primários:** ____ anos
- Tempo de trabalho na consulta da diabetes:** ____ anos
- Habilitações académicas (pode assinalar mais que uma opção):**
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Especialidade Qual? _____
 - Mestrado Qual? _____
 - Doutoramento Qual? _____

- Fez formação em serviço na área da diabetes nos últimos 2 anos?

Sim

Não

7.1 Se sim, qual? _____

- Sente que possui formação suficiente para dar resposta às necessidades do diabético?

Sim

Não

8.1 Se não, porquê? _____

Muito obrigado pela colaboração.

**ANEXO IV – Autorização da Autora do Instrumento de
Recolha de Dados**

De: Cristina Lamarão <enfmcrisina@live.com.pt>

Assunto: RE: Pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

Data: domingo, 10 de Novembro de 2013 14:45:05

Mostrar detalhes

Ver em texto simples

Boa tarde!

Obrigada colega.

Bem haja.

Cristina Lamarão

From: isabel@gimnogravida.pt

To: enfmcrisina@live.com.pt

Subject: RE: Pedido de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

Date: Sun, 10 Nov 2013 12:11:38 +0000

Está muito bem – autorizo com muito gosto.

Bom trabalho!

Cumprimentos,

Isabel Ferreira

**ANEXO V – Autorização do Presidente do Conselho Diretivo
da ARS Centro e da Comissão de Ética**

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Atendendo ao formato da investigação, a acontecer numa população não vulnerável e sobre a qual não há qualquer ascendente, esta Comissão é favorável ao desenvolvimento do estudo.	DESPACHO: <i>Homologar-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>2.4.2014</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P. <i>[Assinatura]</i>
---	--

ASSUNTO: Estudo 62/2013 - Modelos de intervenção de cuidados na gestão da consulta de enfermagem na pessoa com diabetes

Dr. José Manuel Azenha Teresa
Presidente

Dr. Fernando José R. Lopes de Almeida
Vice-Presidente,

Dr. Luís Manuel Milhão Mendes Cabral
Vogal,

Dr. Maria Augusta Mota
Vogal,

É proposta:

- A "aplicação do questionário QMCED aos enfermeiros que realizam consulta de diabetes nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do ACeS Baixo Vouga, à pelo menos um ano, com o objetivo de identificar qual o modelo de cuidados que enfermeiro utiliza";
- A "entrevista aos enfermeiros supracitados para perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment na pessoa com diabetes e quais são os fatores facilitadores e os fatores inibidores da adoção do modelo centrado na pessoa com diabetes"

Os dados serão recolhidos de forma anónima e toda a informação será tratada garantindo-se a confidencialidade.

Os dados serão colhidos em população não vulnerável. São definidos os critérios de inclusão e exclusão. Não haverá custos para os participantes para além do tempo que deverão dispensar para responder ao questionário e participar na entrevista.

O Relator

[Assinatura]

(Prof. Dr. José Carlos Martins)

O Presidente da CES

[Assinatura]

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

ANEXO VI – Consentimento Informado para a Entrevista

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo: “**Modelos de intervenção de cuidados na gestão da consulta de enfermagem na pessoa com diabetes**”.

Eu, abaixo-assinado _____, declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de colocar as questões que considere necessárias e esclarecer as minhas dúvidas.

Da informação e explicação que me foram prestadas constaram a finalidade, os métodos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este fato.

Por isso, aceito participar voluntariamente no estudo acima mencionado, respondendo às questões que forem colocadas durante a entrevista e autorizo a utilização do instrumento de recolha de dados – entrevista – construída pela autora do estudo no âmbito da sua dissertação de Mestrado que será gravada em áudio, sendo a mesma utilizada apenas para o estudo em curso.

Porto, ____ de _____ de 2014

Assinatura do participante:

Pretendo que o conteúdo das gravações transcritas:

- Me seja disponibilizado;
- Seja inutilizado pela Investigadora após término do trabalho.

Assinatura do investigador responsável:

(Cristina Lamarão)

ANEXO VII – Consentimento Informado para o Questionário

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Termo de Consentimento Informado

Caro colega

Chamo-me Maria Cristina Costa Lamarão Rosas, enfermeira a frequentar o curso de Mestrado em Direção e Chefias em Serviço de Enfermagem, convido(a) a responder o presente questionário - QMCED, no âmbito do estudo de investigação intitulado: “Modelos de intervenção de cuidados na gestão da consulta de enfermagem na pessoa com diabetes”, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Pinto e co-orientação da Professora Maria Rui Sousa (docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto).

O presente estudo tem como objetivos identificar a abordagem adoptada pelos enfermeiros na consulta à pessoa com diabetes; perceber qual a importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment na pessoa com diabetes; identificar os factores inibidores e facilitadores de uma prática de enfermagem centrada na autogestão da diabetes.

Agradecendo toda a sua disponibilidade e tempo despendido, solicitamos que responda a este questionário de forma tão completa quanto possível para que possamos atingir os objetivos propostos.

O questionário é anónimo e confidencial.

Antecipadamente grata pela sua colaboração

Maria Cristina Costa Lamarão Rosas

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar nesta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo.

(Assinatura do enfermeiro)

Obrigada pela sua colaboração

Contacto para qualquer dúvida ou esclarecimento:
enfmcrisrina@live.com.pt
Telefone: 917531448

ANEXO VIII – Matriz da Análise de Conteúdo

Categoria 1 - Objetivo da consulta
Subcategoria - Centrado na pessoa
<p>“...educação para a saúde...” (E1)</p> <p>“... aposto na prevenção das complicações...”(E2)</p> <p>“... que aprendam a ter qualidade de vida essencialmente e atrasar o aparecimento das complicações” (E3)</p> <p>“... criando pequenos objetivos de mudança de comportamentos no acompanhamento da pessoa com diabetes na sua patologia...” (E4)</p> <p>“... é que eles não venham a padecer das complicações da diabetes, significaria que eles conseguiram controlar a sua glicémia dentro dos parâmetros normais...”(E4)</p> <p>“O objetivo da consulta, deveria servir essencialmente na prevenção, é muito importante investirmos na prevenção na consulta da diabetes, antes de surgir algum problema, é por isso que insistimos sempre no pé diabético, na diálise, cegueira, AVCs.” (E5)</p> <p>“O objetivo é da equipa e o utente faz parte da equipa.” (E7)</p> <p>“O nosso objetivo é que o utente esteja controlado com a sua diabetes” (E7)</p> <p>“... é envolver a pessoa e ajudar que a pessoa entenda que tem que fazer a parte dele, o seu papel, e se não fizer a parte dele, não conseguimos fazer nada. Depois é fazê-lo perceber o que têm, o que é que precisam para controlar a diabetes, mas o principal é fazê-los perceber que eles têm o papel principal. Tentar que recuperem a qualidade de vida e para isso eles têm um papel importante...” (E8)</p> <p>“... é que o doente tenha uma vida com uma qualidade, que não seja condicionada pelo facto de ter diabetes...” (E10)</p>
Subcategoria - Centrado na doença
<p>“... é controlar a situação saúde-doença...” (E1)</p> <p>“... é controlar, para não haver um descontrolo muito grande.” (E9)</p>

Categoria 2 - Gestão da consulta
Subcategoria - Recolha de dados clínicos
<p>“Depois avalio os parâmetros.” (E1)</p> <p>“... começo por avaliar os parâmetros que necessito... digo para ir para a marquesa para se descalçar enquanto faço os registos dos parâmetros e o agendamento da próxima consulta... No final se houver algum aspeto que eu ache necessário falar falo-lhe.” (E3)</p> <p>“... faço a monitorização dos parâmetros, observo as análises...” (E6)</p> <p>“... quando o utente diz “eu é que faço, eu é que sei” não vale a pena, limito-me a monitorizar os parâmetros, não invisto...”(E6)</p> <p>“... Começo por avaliar os parâmetros, converso um pouco com eles enquanto estou a avaliar. ” (E9)</p> <p>“Se eu não vir as análises não sei que ensino devo fazer.” (E9)</p> <p>“... começo por colher dados antropométricos que são os que eu tenho que registar no SAPE para que o médico tenha acesso, porque estamos sempre dependentes da consulta que o médico está à espera de iniciar...” (E10)</p>
Subcategoria - Acesso à informação
<p>“Dou-lhes a informação básica e eles próprios quando sentirem necessidade vão procurando.” (E3)</p> <p>“... os ensinios: primeiramente foco a minha atenção na alimentação, no exercício físico.” (E1)</p> <p>“Explicar-lhe toda a fisiopatologia da diabetes, para ele perceber o que é que ele tem que mudar.” (E2)</p>

<p><i>“ Na primeira consulta não falo das complicações” (E2)</i></p> <p><i>“Na primeira consulta explico-lhes o que vai ser feito” (E3)</i></p> <p><i>“O planeamento do ensino é de forma gradual e mediante as necessidades do utente.” (E3, UCSP)</i></p> <p><i>“...Quando sentem necessidade de saber mais sobre diabetes, questionam-me e vou desenvolvendo os assuntos que sentem mais necessidade...” (E3)</i></p> <p><i>“...Dou a informação de forma gradual mediante a disponibilidade do utente para me ouvir...” (E3)</i></p> <p><i>“...explico a fisiopatologia da doença.” (E3)</i></p> <p><i>“Só fazendo uma colheita de dados, através da conversa que parece ser informal, mostrar-nos preocupados pelos seus problemas, faz aproximá-los e tentar que dentro dessas preocupações se encaixe o problema da diabetes...” (E4)</i></p> <p><i>“O ensino é planeado e dirigido mediante a colheita de dados realizada no início na consulta” (E4)</i></p> <p><i>“Não é só dizer o que devem fazer, mas explicar o porquê, tentar passar para eles os benefícios para a sua saúde, que obteriam se mudarem comportamentos, tentar negociar, mostra-lhes qual o ganho para eles.” (E4)</i></p> <p><i>“Introduzo um pouco da fisiopatologia, para eles perceberem o que se está a passar com o seu organismo, como se fosse uma máquina, para eles perceberem o que está a funcionar mal, faço uma analogia a uma máquina... A partir daí vou falando dos temas consoante as dúvidas e as necessidades” (E4)</i></p> <p><i>“Mediante os “dói-dóis” que cada um tem, os pontos mais fracos de cada um, reforço o ensino consoante as necessidades do utente...” (E5)</i></p> <p><i>“Não pode haver um esquema pré definido, estanque, comum para todos, é conforme a pessoa que tenho à minha frente, se é uma pessoa jovem falo de uma maneira se é uma pessoa mais idosa já tem que ser uma abordagem muito mais simples...” (E5)</i></p> <p><i>“Parece que estamos a ter uma conversa informal, mas estamos a fazer a colheita de dados para depois realizar o ensino, para o que o utente necessita... Não tenho esquema pré-definido de planear o ensino.” (E5)</i></p> <p><i>“Na primeira consulta eu quase nunca faço ensinamentos, tento se o utente aceita o fato de ser diabético, porque a diabetes não dói por vezes eles não aceitam o fato de agora serem diabéticos e como ainda existe muitos mitos sobre a diabetes, para eles serem diabéticos está associado à proibição de muitas coisas, comer principalmente.” (E5)</i></p> <p><i>“Quando o utente entra faço conversa de circunstância para o utente se desbloquear.” (E6)</i></p> <p><i>“Eu não exijo nada, explico-lhes quais são os parâmetros normais. Explico-lhes quais são os comportamentos que devem ter, eles é que escolhem se querem fazer ou não.” (E6)</i></p> <p><i>“A primeira consulta é essencialmente para eles ficarem a conhecer a diabetes.” (E8)</i></p> <p><i>“... planeio o ensino, com as necessidades que apresenta....começo sempre pelos itens mais simples, normalmente pela alimentação, e só depois é gradualmente vou falando do exercício físico, o autocontrolo inicio mais tarde, gestão alimentar, gestão dos sinais de hipoglicémia, gestão da medicação. A primeira consulta é essencialmente para eles ficarem a conhecer a diabetes.” (E8)</i></p> <p><i>“Quando fazemos formação, ensinamos em grupo, estamos a ir ao encontro... áreas que são mais necessitadas, e trazemo-los aqui, damos oportunidade estarmos num espaço e num tempo que eles não têm na consulta” (E10)</i></p>
Subcategoria - Acesso ao suporte
<p><i>“... perceber a história do aparecimento da diabetes, os sintomas que levaram ao diagnóstico. Perceber como é a vida daquela pessoa, perceber os hábitos, perceber quais os problemas</i></p>

associados, não só os de saúde, mas de todos os níveis.” (E1)

“... numa primeira consulta planeio falar um bocadinho de tudo, faço uma abordagem geral. Depois nas consultas seguintes, eu vou tentando perceber qual é que é a necessidade maior daquele utente e incido mais os ensinamentos aí. Não quer dizer que não fale de outras coisas, mas incido naquilo que é mais importante e prioritário para aquele utente.” (E1)

“(...)uma conversa informal, o estar um bocadinho com o utente para perceber o que é que se passou naquele mês para trás para perceber como é que o utente está(...)” (E1)

“Por vezes no dia da consulta o diabético não está a assimilar a informação, por não estar minimamente capaz, por outros motivos, por estar emocionalmente abalado por qualquer coisa, não vai receber a informação, e eu não insisto.” (E1)

“A relação empática que se cria com o utente ajuda a perceber isso, a perceber se o utente... e na maior parte dos casos eles dizem... uma conversa informal, o estar um bocadinho com o utente para perceber o que é que se passou naquele mês para trás para perceber como é que o utente está.” (E1)

“... dar espaço para eles falarem da sua vida permite-nos conhecer quais são as prioridades da sua vida...” (E1)

“... início a abordagem perguntando o que se passou naqueles 3 meses – mudou alguma coisa? Tem alguma dificuldade? Alguma dúvida? Alguma preocupação? Algum evento. Quando pergunto o que é que mudou eles dizem-me quase tudo. Quando referem de algum problema que lhes aflige, deixo-os falar sobre o que os preocupa nessas consultas quase não falo de diabetes” (E2)

“... faço uma abordagem ao utente mais questionar. O que é que representa para si ser diabético? O que é que acha que vai mudar?” (E2)

“Para combater a não adesão, às vezes faço a pergunta para que seja ele a decidir, o que lhe parece começar a fazer (...) e deixo a responsabilidade do lado dele; outras vezes uso terapia de choque, “ando para aqui a gastar o meu latim e pelos vistos não tem ouvido nada do que eu lhe tenho andado a dizer. Portanto, tem alguma dúvida hoje? Então pode ir para a doutora, passado algumas semanas vêm ter comigo, e dizem: Ó enfermeira mas afinal (...); outros dizem: Mas afinal hoje não me ensina nada? E eu respondo: Para que vou ensinar se não faz”. (E2)

“Tento através da escuta ativa reunir o maior nº de dados possível, às vezes enquanto o estou a pesar, estou a perguntar-lhe por exemplo como vai o joelho, porque sei que foi operado ao joelho, às vezes estes pequenos assuntos que pode parecer uma conversa banal, se for corretamente dirigida estamos a perguntar-lhe coisas que eles ao responderem até dizem, por exemplo, “do joelho estou bem, mas agora estou com um outro problema em casa”, estamos a colher os parâmetros biomédicos e a colher outro tipo de informações, outro tipo de sensibilidade onde é preciso ler nas entrelinhas.” (E4)

“Tenho que conhecer os horários deles, as organizações de trabalho deles, os hábitos deles.” (E4)

“No resistente, continuo a mostrar a disponibilidade, mas que não posso fazer por ele. Nunca desistir, continuar o acompanhamento, porque algum dia há-de surgir uma oportunidade que possa aproveitar para induzir a adesão, ex.: o nascimento de um neto, ou por um susto dele próprio ou de alguém próximo.” (E4)

“Tento desmistificar, falar um bocadinho, perguntar-lhe primeiro, o que sente acerca da doença, como foi diagnosticada? Tentar perceber nisso, o que a pessoa revela, algumas crenças, dúvidas, a partir dessa conversa, tentar um ambiente um bocadinho mais informal, ou seja formal, mas deixá-lo um bocadinho mais à vontade porque provavelmente nessa consulta eles têm os maiores receios do mundo...” (E4)

“Vou dividindo ao longo das consultas os vários temas, indo de encontro...” (E4)

“...Vai ser uma orientação, um acompanhamento, uma dotação de conhecimentos e de

ferramentas...” (E4)

“Para perceber as prioridades e os objetivos da pessoa, realizo escuta ativa, apesar de naquele tempo ser apertado, ele sabe que aqueles 20 minutos são para ele, só para ele, às vezes vai um bocadinho mais que os vinte minutos...” (E4)

“... na primeira consulta é saber se eles aceitam ou não, se eles não aceitarem, tentar desmistificar estes mitos, se aceitam tentar reforçar que isto não é o fim do mundo, que não é uma doença incurável no sentido de pensarem que vão morrer agora. Costumo, quando são pessoas que não aceitam, marcar-lhes uma consulta de enfermagem ao fim de uma semana, já assentaram os «pós», alguns ficam mesmo zangados «olha eu agora diabético», então nessa primeira abordagem o que eu faço, é começar por falar da alimentação, normalmente é o que mais os preocupa.” (E5)

“Deixo-os falar, pergunto o mais gostam, o que fazem, o que comem, como comem. O que eles estão a fazer bem eu elogio (é fantástico são como as crianças) o reforço positivo tem um efeito fantástico. Se houver correções a fazer, não digo que está errado, digo “se calhar seria melhor se tentasse fazer...” Tento corrigir” (E5)

“Tenho que adaptar-me às necessidades, às dúvidas, aos medos do utente” (E5)

“... faço-lhes um elogio enorme, e vejo nos olhinhos deles como ficam felizes e isso satisfaz-me...” (E5)

“Quando o utente está resistente à mudança, tento falar-lhe de outro assunto que não seja a diabetes, tento ganhar a confiança dele, algo que o preocupe. Não falo da diabetes.” (E5)

“... nós próprios profissionais não temos o direito de impingir a uma pessoa aquilo que ela não quer, porque às vezes a pessoa não quer mesmo e nós estamos ali a impingir uma coisa como se mandasse-mos na vida deles e como se eles fossem obrigados a mudar os comportamentos, e a pessoa não quer...”(E8)

“Eu pergunto-lhes o que aconteceu nos últimos 3 meses, se houve alguma alteração, se têm alguma preocupação.” (E8)

“... aquele que tem problemas por resolver, então tenho que começar um bocado ao contrário, não é, incidir naquilo que mais necessita, porque o tempo é o mesmo e não posso distribuí-lo da mesma forma com todos.” (E10)

Subcategoria – acesso a recursos

“Tento sensibilizá-los que não basta o medicamento, que tem que ajudar com a alimentação” (E1,)

“Dou-lhes um tempo para assimilarem o que se está a passar...” (E2)

“Faço a análise dos parâmetros com o diabético e quando há uma regressão pergunto-lhes “então o que é que aconteceu, para ter aumentado de peso ou de perímetro abdominal?” (E2)

“... quando vêm por autoiniciativa...” (E2)

“...ele faz de uma equipa de saúde tal como o médico, o enfermeiro e o nutricionista, que ninguém vai mandar nele, mas como um plano que ele próprio está integrado, e que eu negoçei com ele, o que vamos fazer por etapas, portanto, vai ser sempre baseado nele e o que ele consegue fazer.” (E4,)

“... procurar envolvê-lo na gestão da sua doença...” (E4)

“... O plano de alimentação não o tenho pré-elaborado, elaboro-o em conjunto com o utente que tenho à frente, mediante os horários de trabalho ou de hábitos diários. Negoçei com eles. Por exemplo se está habituado a comer pão à refeição e não quer deixar de comer, então negoçei com eles para tirar outro equivalente à refeição.” (E4)

“... quando há uma recaída na adesão, não ralho, levo-os a perceber as alternativas que poderiam fazer, e são eles que reconhecem esses mesmos erros...” (E5)

“...Para envolve-lo na tomada de decisão, ... dou-lhe a sensação de que ele é que determina o que vai fazer.” (E5)

Subcategoria - Acesso às oportunidades para aprender e crescer

“... mediante o utente que ali temos, que realizar os ensinamentos na consulta de enfermagem, para mudar hábitos, capacitar o utente, para gerir melhor a sua doença e para se tornar mais autónomo na gestão...já nos dá um feedback positivo daquilo que aprendeu, é estar capacitado para se autogerir...”(E1)

“ (...) incido naquilo que é mais importante e prioritário para aquele utente (...)” (E1)

“... explicar-lhe o que é que é a fisiopatologia e a relação com a HbA1c, como indicador de controlo da diabetes...”(E2)

“Interpretar as análises a par com o utente, explicar-lhe e relacionar os valores com o controlo da diabetes” (E2)

“Quando surge resultados, refiro que consegui o resultado porque fez alguma mudança, eles começam a ficar motivados e gradualmente vou intervindo nos seus estilos de vida” (E3)

“Peço-lhes para registarem no diário, para além das glicémias, o que fazem e o que comem. Eles relacionam a asneira que fizeram com o valor analítico, fazem a gestão da sua doença. Eles sabem o que fizeram e sabem qual a consequência do que fizeram” (E3)

“Elucidá-los o mais possível sobre isso, para que eles tenham essa ferramenta para trabalharem eles mesmos, as ferramentas não são nossas, nós temos é de as passar para eles, para eles próprios trabalharem diariamente com a sua doença...” (E4)

“Termino a consulta fazendo uma síntese do que foi dito e pergunto o que pretende fazer no próximo trimestre. Colocar em frases sintéticas as pequenas deixas que vão dizendo durante a consulta, e negociar pequenas metas, pormenores.” (E4)

“... às vezes peço-lhes para me trazerem os rótulos dos produtos que compram.” (E5)

“Conforme o valor da HbA1C, ou da glicémia capilar, faço o ensino, explico-lhes os valores. Enquadro os valores nos comportamentos.” (E6)

“Para envolver o utente na tomada de decisão, mais do que eu dizer que ele precisa de perder peso, eu pergunto “O que é que acha que deve mudar no seu dia-a-dia?”; “O que pode mudar para melhorar?” (E7)

Subcategoria - Poder informal

“O trazer a esposa, porque é ela que cozinha, ou um filho quando os diabéticos são mais idosos, ajudamos nesse sentido ...tento buscar informação noutros familiares que frequentam a nossa unidade. O enfermeiro de família, tem sempre a cabeça a funcionar, e faz a interligação entre os membros da família...” (E1)

“Depende do utente que tenho à frente, tento procurar outros recursos, como é o caso da família, para me ajudar a chegar lá... Muitas vezes é a família que me ajuda a dar a volta à pessoa não aderente.” (E1)

“Tento incentivá-los a encontrar estratégias na comunidade e na rede sociofamiliar.” (E1)

“Quando os diabéticos apresentam algum grau de dependência, vêm com familiares. Quando são diabéticos homens, pergunto quem cozinha em casa, e eu telefono à esposa para vir acompanhar o marido à consulta. Quando faço o exame aos pés e observo alterações, chamo o familiar e volto a repetir o exame aos pés na presença do familiar. ... Faço o ensino ao diabético e ao prestador dos cuidados aos pés, mesmo que já tenha feito ao diabético. Para ter ali algum reforço na prestação dos cuidados ao diabético” (E2)

“Quando os diabéticos apresentam algum grau de dependência, vêm com familiares. Quando são diabéticos homens, pergunto quem cozinha em casa, e eu telefono à esposa para vir acompanhar o marido à consulta.” (E2)

“Não negoceio os objetivos em forma de resultados, mas sim tentar mudar o seu estilo de vida, nos seus procedimentos diários (ex: se conseguir dar uma caminhada maior, se conseguir alterar a refeição comer isto em vez daquilo). Tento dar as estratégias” (E3)

“... vou tentar aproximar-me dele, conhecer os seus hábitos e tentar intervir nos estilos de vida, apelo à importância de manter a qualidade de vida pela família, pelos amigos.” (E3)

“Na tomada de decisão normalmente envolvemos o utente e as famílias. Conheço os meus utentes e as suas famílias, e tento encontrar ali um apoio, um reforço para a gestão da diabetes no utente, havendo uma continuidade nos cuidados.” (E3)

“... o contacto com outros elementos da família, esposa, filhos, é engraçado trabalhar como enfermeiro de família nesta área, quando há um problema de saúde, conseguirmos tentar, (porque nem sempre é fácil), obter o apoio familiar para a obtenção de comportamentos de saúde adequados e conseguirmos conhecer o utente pela continuidade das consultas porque ele vai confiando, vai falando de maneira diferente, vai questionando e conhecendo também a família vamos conhecendo outras facetas do utente que ele não nos apresenta na consulta.” (E4)

“Alguns diabéticos vêm acompanhados pela família ou cuidador, é importante envolver a família no tratamento da diabetes” (E4)

“Vêm acompanhados pelos familiares aqueles que já não podem vir sozinhos, que já não dão conta da medicação, receitas (para com este, inicia este), nós telefonamos para vir um cuidador.” (E5, USF-B)

“Quando há uma não adesão, pego em coisas que eles acham que não interfere no controlo da doença e trabalho junto do utente e da sua família, os comportamentos que fez e que contribuiu para o controlo da diabetes.” (E6)

“... através da família tentamos saber ou conhecer o utente e as suas preferências, os problemas de que não falam ali. Como enfermeira de família trabalho com a rede sociofamiliar.” (E7)

“Envolvo a família para colher mais dados sobre o comportamento da pessoa com diabetes. E às vezes existem pormenores que eles não referem na consulta por acharem que não interferem com a diabetes, e através da família conseguimos chegar lá.” (E7)

“... têm dificuldade na gestão da informação solicito sempre a presença do familiar, e a família vem sempre.... Temos que trabalhar com a família toda, por vezes peço ao familiar para vir falar comigo” (E8)

“Acho importante a presença dos familiares, ...para que haja um reforço do trabalho.” (E8)

“Se for uma pessoa mais idosa, que venha acompanhada pelo familiar, falo com o familiar no sentido de obter mais informação sobre a pessoa, se houve alguma intercorrência nos últimos 3 meses, e dou prioridade às preocupações existentes.” (E9)

“Tenho utentes que vêm à consulta com os familiares especialmente os mais idosos, é importante porque são as esposas que cozinham, os filhos que fazem as glicemias” (E10)

Subcategoria - Poder formal

“(...) já nos dá um feedback positivo daquilo que aprendeu, é estar capacitado para se autogerir.” (E1)

“... devido ao fato de eu não ser muito rígida dou-lhes espaço para eles me contarem a verdade, de dizerem aquilo que realmente fizeram.” (E1)

“É tentar perceber o que se passa ali e depois tentar outra forma para chegar até ao utente” (E1)

“Não tenho um plano pré-estabelecido, pergunto o que é que ele come, e numa folha em branco, vou

esquematisando os hábitos alimentares dele, depois com uma cor diferente proponho algumas alterações, o que lhe parece se alterar isto, por aquilo? (...) no final leva a folha elaborado em conjunto” (E2)

“... investimos na consulta ao pé e eles começam a aplicar creme com ureia, quando investimos na alimentação e a HbA1c vem mais baixa, quando investimos no exercício físico e o perímetro abdominal fica mais baixo...” (E2)

“Na fase em que eles não estão disponíveis eu não insisto...” (E3)

“... mostrar-lhes disponibilidade, mostrar ao utente que tem aqui um apoio que ele não está sozinho, para que quando lhes surgir alguma dúvida ou dificuldade venham falar comigo e não com a vizinha do lado, que por vezes dão maus conselhos, tentar que procurem uma ajuda profissional, e mostrar essa disponibilidade que não têm só os 20 minutos da consulta ou só a consulta de 3 em 3 meses, que no entanto têm-me cá todos os dias ou se preferirem, naquele horário que memorizaram e é mais fácil para eles o da consulta, informo qual é o dia que estou de serviço até às 20 horas que podem vir ter comigo depois do trabalho, se for o caso. Normalmente dou a indicação de 2 períodos de tempo mais acessíveis para os utentes. Tento demonstrar disponibilidade minha para o utente e para a família do mesmo...” (E4)

“... se for preciso até a chamo depois do meu horário...” (E5)

“... nós somos aquela pessoa a quem eles recorrem quando estão aflitos, nós somos aquela pessoa a onde eles vão quando não percebem o que está na receita, ou quando têm dúvidas na gestão terapêutica.” (E5)

“... e sento-me aí do lado dele... Se o utente não quiser ouvir-me, não insisto, fica para a próxima.” (E5)

“... através do humor conseguimos estabelecer a relação terapêutica...” (E6)

“A nossa consulta, a nossa oferta é igual para todos, mas do outro lado não há uma utilização igual por isso temos que adequar a cada um.” (E10)

“... é preciso estabelecer-se aquela coisa da empatia, da relação de ajuda... já consigo ter aqueles utentes que vêm à unidade, e que não vieram fazer coisa nenhuma com a enfermeira, mas espreitam a sala e vêm-me disponível e querem entrar para pesarem-se.” (E10)

“... quase todos sabem quais os valores indicadores da gestão da doença, eu explico-lhes isso...” (E8)

Subcategoria - Periodicidade da consulta

“Os utentes que exigem mais cuidados, marco outro tempo só para mim.” (E7)

“Podemos marcar outro tempo para acompanhá-lo...” (E4)

“... combino com o utente uma vinda cá à unidade, para consulta de enfermagem, para um acompanhamento mais próximo...” (E1).

“Eles podem vir mesmo sem consulta, eles sabem que me têm aqui...” (E10)

“Agendo a nova consulta e mando-o aguardar pelo médico” (E3)

Categoria 3 - Papel do enfermeiro

Subcategoria - Educador

“... o enfermeiro é o principal educador de saúde...” (E1)

“... o enfermeiro é o profissional que empreende mais tempo a fazer isso...” (E1)

“O papel do enfermeiro é prioritário, e a minha médica atribui-me essa prioridade, ela diz-me “fica com ele o tempo que precisares, porque quando ele vier para aqui o meu papel é ver as análises e a medicação”” (E2)

“... é de orientação, de educação, passar para eles o conhecimento que devem ter sobre a sua

<p>doença e os cuidados a ter...”(E4)</p> <p>“... nós somos os confidentes, nós somos os professores...” (E5)</p> <p>“Para que o utente se envolva na gestão da doença o papel mais importante é o do enfermeiro, para que o doente ajude e colabore no controlo da sua doença (...) no ensino é do enfermeiro” (E8)</p> <p>“O papel do enfermeiro é muito de informar, prevenir...” (E9)</p>
Subcategoria - Empático
<p>“Como enfermeira de família desta população, há uma empatia, um à-vontade que têm comigo...” (E1)</p>
Subcategoria - Referência
<p>“...um ponto de referência...”(E1)</p> <p>“Os utentes entendem-me como uma pessoa de referência (...)” (E3)</p>
Subcategoria - Responsabilidade
<p>“Os enfermeiros são os principais responsáveis por isso” (E1)</p> <p>“...a consulta de diabetes é muito virada para a enfermagem e o papel do enfermeiro é muito importante” (E8)</p>
Subcategoria - Acessível
<p>“... sou sempre um elo de ligação de mais fácil acesso... Qualquer dúvida, qualquer dificuldade, por vezes nos diabéticos que necessitam de mais cuidados, numa fase mais aguda, até forneço o meu nº de telefone pessoal”. (E1)</p> <p>“... somos muito mais o apoio deles do que a médica, qualquer necessidade que eles tenham, alguma dificuldade, ou alterações dos valores eles rapidamente se dirigem a nós... Os utentes entendem-me como uma pessoa de referência, para tirar dúvidas ou ajudar a resolver problemas de saúde.” (E3)</p> <p>“...mostrar disponibilidade e preocupação com a saúde pode despertar neles a adesão ao tratamento...”(E4)</p> <p>“...sentir que sou uma bússola, ou seja, sentir que eles me vêm como um elemento disponível a que podem recorrer a qualquer momento...”(E10)</p>
Subcategoria - Proximidade
<p>“O nosso papel é importante e às vezes é negligenciado por nós mesmos, temos ainda aquela ideia que o enfermeiro serve para pesar e medir. E as nossas estratégias estão a ser usadas por outros profissionais, estratégias que negligenciamos e que são as nossas estratégias. Nós podemos motivar, o nosso papel é mais próximo do utente, até os próprios médicos estão a começar a afastarem-se do modelo biomédico para um modelo de maior proximidade, e esse modelo de proximidade é o nosso, e que nós devemos mantê-lo e refiná-lo.” (E4)</p>
Subcategoria - Escuta ativa
<p>“Realizar a escuta ativa.” (E4)</p> <p>“O papel do enfermeiro na consulta é realizar a escuta ativa...” (E6)</p>
Subcategoria - Complementar
<p>“O papel do enfermeiro complementa-se ao do médico” (E7)</p> <p>“... enfermeiro tem que fazer tudo aquilo que o médico deixa por fazer, ou seja, numa consulta de parceria pressupõe-se que cada um tenha os seus papéis, se calhar eu excludo aquela parte da avaliação analítica, dos diagnósticos médicos, do pedido de exames e do controlo de exames conforme os protocolos e depois penso, o que é que o médico para além disto faz? Se calhar faz muito pouco, então tudo o resto fica comigo...” (E10)</p>

Categoria 4 - Dificuldades sentidas pelo enfermeiro
Subcategoria - Gestão de tempo
<p><i>"Tenho necessidade de fazer mais consultas de enfermagem do que as consultas de equipa, de dedicar mais tempo."</i> (E1)</p> <p><i>"... às vezes é difícil fazer a consulta de enfermagem tendo em conta que só posso estar ali no máximo 20 minutos e o utente tem que ir para o médico e times há cumprir."</i> (E1)</p> <p><i>"... não tenho capacidade para fazer uma consulta em 20 minutos"</i> (E2)</p> <p><i>"... estamos todos apertados de tempo..."</i>(E3)</p> <p><i>"... nós sabemos que aqueles 20 minutos de consulta, não chegam, não se consegue, nem o utente tem capacidade para assimilar tudo é antipedagógico, não é possível"</i> (E4)</p> <p><i>"O tempo nunca é cumprido, atrasamo-nos sempre."</i> (E7)</p> <p><i>"... necessito de mais tempo com alguns diabéticos."</i> (E8)</p> <p><i>"O tempo na consulta da diabetes é uma necessidade a repensar."</i> (E10)</p>
Subcategoria - A Diabetes
<p><i>"... a formação é pouca, preciso de mais formação teórico- prática."</i> (E1)</p> <p><i>"Porque a diabetes obriga a uma abordagem tão abrangente, há tanto que explorar, há tanta coisa para se saber(...)"</i> (E1)</p> <p><i>"... preciso de mais formação..."</i>(E3)</p> <p><i>"Não é fácil fazer a consulta da diabetes, por mais que eu saiba por mais que eu diga que estou preparada"</i> (E4)</p> <p><i>"É preciso ter muita formação para cuidar na diabetes."</i> (E8)</p> <p><i>"Não tenho formação para utilizar estratégias mais adequadas."</i> (E8)</p>
Subcategoria - À pessoa com diabetes
<p><i>"Temos muitas pessoas iletradas, que é difícil ensinar a autovigilância"</i> (E2)</p> <p><i>"Para mim não é fácil fazer a consulta da diabetes, porque se o utente não estiver motivado nós não conseguimos fazer nada dele"</i> (E2)</p> <p><i>"... essa é a parte mais difícil de conhecer aquela pessoa..."</i> (E4)</p> <p><i>"... a maior dificuldade é conhecer o utente e conseguir a mudança de comportamentos, porque por mais boa vontade que eu tenha, por todas as manobras que eu tente, a decisão de mudar comportamentos é dele."</i> (E4)</p> <p><i>"Tenho alguns utentes que por mais que eu lhes ensine, que lhes fale da doença eles não percebem. Fico com a sensação falar para quê?"</i> (E5)</p> <p><i>"A dificuldade que eu sinto na consulta é quando eles não aceitam que são diabéticos, quando eles não aderem."</i> (E5)</p> <p><i>"É difícil motivá-los, mesmo mostrando as complicações. Quando não conseguimos chegar ao utente é frustrante, eu sinto-me triste, cansada. Não sei mais o que fazer para os motivar..."</i> (E5, USF-B)</p> <p><i>"Tenho muita dificuldade em motivar estes resistentes, o que faço é falar-lhe de tudo menos da diabetes."</i> (E5)</p> <p><i>"Tenho utentes que sabem tudo o que deve ser feito e não conseguem fazer uma gestão eficaz da diabetes, apetece baixar os braços, já não sei o que fazer. É um desânimo que sentimos, por não conseguir dar a volta aos utentes."</i> (E7)</p> <p><i>"Os utentes têm sempre muita pressa, não querem aderir a ensinamentos de grupo, querem-se despachar"</i> (E8)</p> <p><i>"Para mim a maior dificuldade é lidar com os não aderentes"</i> (E9)</p>

Categoria 5 - Fatores facilitadores
Subcategoria - Método de trabalho
<p>“... o facto de eu ser enfermeiro de família permite que eu já tenha alguma colheita de dados prévia, pois temos acesso ao utente e a familiares que nos proporcionam algumas informações importantes...”(E1)</p> <p>“... daí a importância do trabalho do enfermeiro de família, porque nós vamos conhecendo as pessoas, a família...”(E4)</p> <p>“... os utentes conhecem-me, identificam-me como enfermeira de família, é muito gratificante...” (E5)</p> <p>“... conheço muito bem as pessoas, sou enfermeira de família...”(E6)</p> <p>“É agradável trabalhar como enfermeira de família.” (E7)</p> <p>“Desde que sou enfermeira de família permite-me conhecer melhor a família.” (E9)</p> <p>“O facto de trabalharmos como enfermeira de família dá-lhes uma acessibilidade, um recurso, que eu acho que é muito bom para eles e a mim gratifica-me por perceber que isso é muito bom para eles, é uma mais-valia.” (E10)</p>
Subcategoria - Reconhecimento do papel como enfermeiro
<p>“A médica não quer atender os diabéticos descompensados sozinha, porque refere que somos nós que temos a capacidade de motivá-los.” (E2)</p> <p>“... quando o utente toma a iniciativa de nos procurar para ajudarmos a mudar comportamentos...quando nos procuram para perguntar o que devem fazer para controlar a diabetes, é uma satisfação de - Eu consegui.” (E2)</p> <p>“Quando os utentes atingem os objetivos terapêuticos e valorizam o nosso trabalho, por vezes vale mais do que o dinheiro que eu ganho por mês” (E2)</p> <p>“... eles confiam em nós e têm nos como um profissional de referência, valorizam o trabalho do enfermeiro, reconhecem o trabalho do enfermeiro nos cuidados de saúde primários...” (E5)</p> <p>“... quando o utente chega aqui e diz (...) Fiz exatamente o que a Sra. enfermeira me disse (...) Quando dizem, consegui porque você me disse que (...). É porque ouviram o que eu lhe disse, não falei em vão.” (E5)</p> <p>“... quando o diabético diz “Obrigado por este bocadinho”, por eu lhe ter ensinado alternativas do exercício físico em substituição das caminhadas. Dando casos práticos e com objetos que têm por casa, adaptados à pessoa que temos à frente.” (E6)</p> <p>“... é gratificante e reconhecida pelo outro profissional”(E7)</p> <p>“... é o reconhecimento pelos outros profissionais e pelos utentes.” (E7)</p>
Subcategoria - Formação
<p>“As formações ajudam imenso.” (E2)</p> <p>“Precisamos sempre de formação teórico-prática.” (E6)</p> <p>“Quanto mais sabemos, mais precisamos de saber” (E7)</p> <p>“...quero saber sempre mais” (E8)</p> <p>“ Acho sempre que posso saber mais qualquer coisa” (E10)</p>
Subcategoria – Resultados
<p>“Os aspetos da consulta que mais me satisfazem, é essencialmente a parte da educação para a saúde, e perceber que ao fim de algumas consultas aquele utente está melhor controlado” (E1)</p> <p>“...é quando se vê os resultados do nosso trabalho, quando investimos na consulta ao pé e eles começam a aplicar creme com ureia, quando investimos na alimentação e a HbA1c vem mais baixa, quando investimos no exercício físico e o perímetro abdominal fica mais baixo, os ganhos, vemos</p>

resultados do nosso trabalho...”(E2)

“O que mais me satisfaz é o fato de não ser chapa 5, ser adequado a cada utente que temos, e conseguirmos às vezes algumas vitórias, porque a saúde é deles, mas somos nós que estamos a investir ali, portanto conseguir essas pequenas mudanças nele, e conseguirmos melhorias de saúde neles é ótimo.” (E3)

“...após o tempo investido, o utente tem consciência da sua doença, que intervém ativamente na gestão da sua doença, que coloca as questões na vertente dele e não pela satisfação do resultado...”(E4)

“É um trabalho gratificante quando conseguimos pequenas mudanças.” (E4)

“Nós investimos nos utentes e depois é gratificante ver os resultados do nosso investimento.” (E7)

Categoria 6 - Fatores dificultadores

Subcategoria – Registos

“Além da consulta em equipa (médico e enfermeiro), pouco mais é contabilizado...” (E4)

“...os indicadores que não refletem o trabalho que se faz, os indicadores só traduzem o trabalho final, o valor da HbA1c, enquanto que nós sabemos que há utentes que precisam de mais, por exemplo o indicador de vigilância aos pés, há utentes que pela negligência de cuidados que apresentam, precisam que se abordem o problema dos pés em todas as consultas, até pela questão de demonstrar a importância que ele próprio tem de passar dar. Nós temos um indicador que é vigilância uma vez por ano, se eu tenho um utente que vejo as vezes necessárias ...Por vezes o objetivo final do indicador não é atingido, mas o esforço intermédio que se realizou, convocatórias, sensibilização, não se consegue contabilizar em indicador.” (E4)

“Esse acompanhamento, podemos registar como ato, mas não serve como indicador, há muita coisa que não serve como indicador.” (E4)

“Os sistemas de informação, é que deveriam estar adaptados às nossas necessidades” (E5, USF-B)

“Cada vez mais somos avaliados pelos nossos registos e não pelo nosso trabalho efetivo. Avalia-se apenas os dados quantitativos” (E7)

“Os registos é, que tenho que completá-los no final do turno” (E7)

“Os indicadores estão sempre por de trás de tudo isto, ainda mais tratando-se de uma USF modelo B há uma pressão contínua para o cumprimento de indicadores.” (E10)

Subcategoria - Tempo de consulta

“Como emparelhamos com a parte médica, é um constrangimento porque ficam à nossa espera.” (E3)

“Começo mais cedo para o médico não estar à espera.” (E6)

“... o tempo de consulta, é por às vezes insuficiente, ter o médico à espera.” (E10)

Subcategoria - Conflito de papéis

“... apesar de trabalharmos em parceria os médicos não percebem muito bem o que é que nós enfermeiros fazemos, na nossa consulta, ...desde que esteja registado no sistema deles (SAPE/SAM) o peso, a altura, IMC, perímetro abdominal, HbA1c, glicémia em jejum, o nosso trabalho estará feito, entre aspas. Todo o tempo que nós perdemos, para além do que seria razoável para fazer este registo, para eles não se justifica.” (E10)

Categoria 7 - Aspetos a melhorar
Subcategoria - Tempo para a consulta
<p><i>Poderia dar-se aos enfermeiros a oportunidade de terem mais tempo para alguns diabéticos. Haver espaço na agenda do enfermeiro para dar o apoio necessário ao diabético, para além da consulta de equipa.” (E1)</i></p> <p><i>“Por vezes marcamos outro tempo na agenda para complementar o tempo da consulta de equipa.” (E2)</i></p> <p><i>“(…)vezes tenho que marcar outra consulta de enfermagem para dar continuidade aos cuidados.” (E3)</i></p> <p><i>“... haver um outro tempo para a consulta de enfermagem para além da consulta de equipa, sempre que necessário, porque o trabalho do enfermeiro exige mais tempo para maior acompanhamento, em alguns utentes e depende da etapa.” (E4)</i></p>
Subcategoria - Consultas no domicílio
<p><i>“Consulta de enfermagem no domicílio seria fundamental, porque assim conseguiríamos saber melhor os hábitos de vida daquela pessoa, in loco.” (E1)</i></p> <p><i>“Visita domiciliária...seria um instrumento a utilizar...é uma boa estratégia, especialmente para alguns utentes.” (E4)</i></p> <p><i>“No domicílio...colho dados importantes para a prestação de cuidados à pessoa com diabetes” (E7)</i></p>