



**Dora Filipa
Nascimento
Marques**

**Fatores Familiares Preditivos da
Variabilidade do Empoderamento da
Pessoa com Diabetes *Mellitus* Tipo 2**

Family Factors Predictive of Variability of the Empowerment of
Persons with Diabetes Mellitus Type 2



**Dora Filipa
Nascimento
Marques**

**Fatores Familiares Preditivos da
Variabilidade do Empoderamento da
Pessoa com Diabetes *Mellitus* Tipo 2**

Family Factors Predictive of Variability of the Empowerment of
Persons with Diabetes Mellitus Type 2

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, em consórcio entre a Universidade de Aveiro, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, realizado sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões e coorientação científica da Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, Professores Adjuntos da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos amores da minha vida: ao meu marido
e à minha filha.

O júri

Presidente

Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Orientador

Professor Doutor João Filipe Lindo Simões

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus sinceros e especiais agradecimentos aos orientadores deste trabalho o Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões (orientador) e a Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro (coorientadora) por todo o apoio prestado ao longo deste percurso, bem como pela motivação para a sua concretização, em momentos em que tudo parecia muito difícil de concretizar.

À Sra. Enfermeira Margarida Rosário Cruz Silva, por ter permitido a operacionalização do meu estágio, pela ajuda e disponibilidade sempre prestada, e por me fazer acreditar que tudo é possível.

À restante equipa da UCSP de Miranda do Corvo, em especial à Dra. Maria Teresa Alves Henriques, ao Dr. Francisco Alves, e à Assistente Técnica Ivone Maria Ribeiro Dias e à Assistente Operacional Maria Fernanda Rodrigues Pinheiro, pela força e motivação que me deram ao longo deste percurso. Aos utentes e suas famílias que aceitaram participar neste estudo, pela disponibilidade demonstrada.

Às colegas de curso de mestrado Alda Celina dos Reis Veloso, Carla Iolanda Prata dos Santos, Paula Maria Ribeiro Cardoso e Sónia Isabel Lopes Almeida Pinto pelo espírito de partilha e entreajuda que existiu ao longo deste tempo e pelas palavras de incentivo partilhadas.

E por fim, e não menos importante, ao meu marido, à minha filha e à restante família (pais, irmão, sogros, cunhados, primos e tios) e amigos, pelo suporte, apoio e encorajamento em todos os momentos, em especial naqueles que senti mais cansaço e desmotivação, mas também pelo tempo de qualidade que lhes roubei.

A todos o meu obrigado.

Palavras-chave

Empoderamento, Diabetes *Mellitus* Tipo 2, Relações Familiares, Enfermagem Familiar (DeCS¹)

Resumo

No âmbito do 3º Semestre do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da UA em consórcio com a UTAD e o IPB foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Miranda do Corvo (ACeS PIN). Esta unidade funcional serviu de contexto à realização de um trabalho de investigação baseado na problemática do empoderamento da pessoa com DM tipo 2, integrado no referido estágio.

Neste sentido, foi realizado este relatório que descreve e analisa crítico-reflexivamente as competências desenvolvidas no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar, as dificuldades e estratégias para as ultrapassar, bem como, apresenta os resultados do estudo de investigação sobre os fatores familiares preditivos da variabilidade do empoderamento da pessoa com DM tipo 2.

A DM tipo 2 constitui um problema global de saúde pública, pela elevada prevalência e pelas consequências que podem decorrer da progressão da doença. A baixa adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa com DM tipo 2 é ainda significativa e a evidência demonstra que o seu empoderamento bem como o da sua família, é preditivo da adesão ao regime terapêutico e aos comportamentos de autocuidado. Deste modo, propôs-se a realização de um estudo quantitativo, observacional, transversal e correlacional, que foi desenvolvido na UCSP de Miranda do Corvo, com recurso a uma amostra não probabilística e acidental (n=112) e que permitisse responder à questão de investigação: Quais os fatores familiares preditivos da variabilidade do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2? Assim, definiu-se como objetivo principal: Analisar os fatores familiares preditivos da variabilidade do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2. Para o estudo, construiu-se um instrumento de recolha de dados que incluía a Escala de Graffar Adaptada, Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes - Versão Breve, Escala de APGAR Familiar de Smiklstein e Inventário de Perceção de Suporte Familiar, que foi aplicado no âmbito da consulta de enfermagem, tendo em consideração as questões éticas subjacentes à prática da investigação.

A maioria dos participantes em estudo são do sexo feminino (51,8%), idade superior a 65 anos (54,5%), casados ou vivem em união de facto (76,8%), classe média-baixa (51,8%), reformados (67,9%) e com baixo nível de instrução (74,1%). A nível de caracterização clínica, a maioria apresenta pré-obesidade (39,3%) ou obesidade (51%), HT (35,7%) ou TA normal a alta (27,7%), HgA1c ≤ 7%, com mais de 10 anos de diagnóstico de DM (42%) e a maioria associa a toma de antidiabéticos orais com alimentação (35,7%).

Os resultados mostraram que o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 tem relação estatisticamente significativa com HgA1c ($\rho = -0,429$; $p = 0,000$), com algumas características sociodemográficas e familiares, nomeadamente a idade ($\rho = -0,219$; $p = 0,020$), estado civil ($H = 13,860$ $p = 0,003$), posição social ($\rho = -0,313$; $p = 0,001$), e ainda com a funcionalidade familiar ($\rho = 0,536$; $p = 0,000$) e com o suporte familiar ($\rho = 0,340$; $p = 0,000$).

Em conclusão, o Enfermeiro de Família deve promover o empoderamento da pessoa com DM tipo 2, gerindo o processo de adaptação à doença da pessoa com DM tipo 2 e sua família, promovendo a funcionalidade familiar e o suporte familiar, tendo em consideração as características de cada indivíduo/família.

¹ Descritores em Ciências da Saúde - <http://decs2016.bvsalud.org/>

Keywords

Empowerment; Diabetes Mellitus Type 2, Family Relations, Family Nursing (MeSH).

Abstract

Within the scope of the 3rd Semester of the 2nd year of the 6th Master's Course in Family Health Nursing at the UA in consortium with the UTAD and the IPB, a professional internship was developed at the Miranda do Corvo Personalized Health Care Unit (ACeS PIN). This functional unit served as a context for carrying out a research work based on the issue of empowerment of people with DM type 2, as part of the aforementioned internship.

In this sense, this report was produced, which describes and critically-reflexively analyzes the skills developed in the context of Family Health Nursing, the difficulties and strategies to overcome them, as well as presents the results of the research study on family factors that predict variability of the empowerment of the person with DM type 2.

DM type 2 is a global public health problem, due to its high prevalence and the consequences that can result from the progression of the disease. The low adherence to the therapeutic regimen by people with DM type 2 is still significant and the evidence shows that their empowerment, as well as that of their family, is predictive of adherence to the therapeutic regimen and self-care behaviors. Thus, it was proposed to carry out a quantitative, observational, transversal and correlational study, which was developed at the UCSP in Miranda do Corvo, using a non-probabilistic and accidental sample (n=112) and that would allow to answer the question of investigation: What are the family factors that predict the variability of Empowerment of people with DM type 2? Thus, the main objective was defined: To analyze the predictive family factors of the variability of Empowerment of people with DM type 2.

For the study, a data collection instrument was built that included the Adapted Graffar Scale, Diabetes Empowerment Scale – short form, Smiklstein's Family APGAR Scale and the Perception of Family Support Inventory, which were applied in the context of nursing consultation, taking into account the ethical issues underlying the practice of research.

The majority of study participants are female (51.8%), over 65 years of age (54.5%), married or living in a de facto union (76.8%), lower-middle class (51.8% %), retired (67.9%) and with a low level of education (74.1%). In terms of clinical characterization, the majority presents pre-obesity (39.3%) or obesity (51%), HT (35.7%) or normal to high blood pressure (27.7%), HgA1c $\leq 7\%$, with more than 10 years of DM diagnosis (42%), most associated taking oral antidiabetics with food (35.7%).

The results showed that the empowerment of people with type 2 DM has a statistically significant relationship with HgA1c ($\rho = -0.429$; $p = 0.000$), with some sociodemographic and family characteristics, namely age ($\rho = -0.219$; $p = 0.020$), marital status (Kruskal-Wallis $H = 13.860$ $p = 0.003$), social position ($\rho = -0.313$; $p = 0.001$), and family functionality ($\rho = 0.536$; $p = 0.000$) and family support ($\rho = 0.340$; $p = 0.000$).

In conclusion, the Family Nurse should promote the empowerment of the person with DM type 2, managing the process of adaptation to the disease of the person with DM type 2 and their family, promoting family functionality and family support, considering the characteristics of each individual/family.

Abreviaturas e siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ADC – Área Dedicada ao Covid-19
ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CSIG – Classificação Social e Internacional de Graffar
DC – Doença Crónica
DES-SF – *Diabetes Empowerment Scale -Short Form*
DGS – Direção Geral de Saúde
DM – Diabetes *Mellitus*
DP – Desvio Padrão
EF – Enfermeiro de Família
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Fig. – Figura
HbA1c – Hemoglobina Glicada
HT – Hipertensão Arterial
IDF – Federação Internacional de Diabetes
INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
IPB – Instituto Politécnico de Bragança
IPSF – Inventário de Perceção de Suporte Familiar
M – Média
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
N – População
n – Amostra
n₀ – Amostra Representativa
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
p. – página
PIN – Pinhal Interior Norte
p.p. – pontos percentuais
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Programa Nacional de Vacinação

PNVGBR – Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SPMS – Serviços Partilhado do Ministério da Saúde

UA – Universidade de Aveiro

UC – Unidade Curricular

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	17
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	21
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO	27
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	29
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	33
2.1 A Pessoa com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2.....	34
2.2 O Papel da Família no Empoderamento da Pessoa com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2....	36
2.3 Papel do Enfermeiro na Gestão da Dinâmica Familiar da Pessoa com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2.....	40
3. METODOLOGIA.....	45
3.1 Tipo de estudo.....	45
3.2 População e Amostra	45
3.3 Hipóteses em estudo.....	46
3.4 Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo.....	46
3.5 Procedimento de recolha de dados.....	51
3.6 Procedimentos éticos	51
3.7 Procedimento de análise dos dados	52
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	55
4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo.....	55
4.2 Caracterização clínica dos participantes em estudo	57
4.3 Consistência interna das escalas DES-SF, APGAR Familiar, IPSF e Graffar.....	59
4.4 Caracterização da Perceção de Autoeficácia dos participantes em estudo	63

4.5	Caracterização da Funcionalidade Familiar dos participantes em estudo.....	64
4.6	Caracterização Percepção do Suporte Familiar dos participantes em estudo	64
4.7	Relação entre os valores percentuais da HbA1c e o empoderamento da Pessoa com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	65
4.8	Relação entre as variáveis sociodemográficas e familiares e o empoderamento da Pessoa com Diabestes <i>Mellitus</i> Tipo 2.....	66
4.9	Relação entre a funcionalidade familiar e o empoderamento da Pessoa com Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2	72
4.10	Relação entre o suporte familiar e o empoderamento da Pessoa com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2.....	73
5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
6.	CONCLUSÕES DO ESTUDO	83
	SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

ANEXOS

Anexo I – Parecer Comissão de Ética da ARS Centro

Anexo II – Autorização de Utilização da DES-SF

Anexo III – Autorização da utilização do IPSF

APÊNDICES

Apêndice I – Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante

Apêndice II – Formulário de Colheita de Dados

Apêndice III – Tabela 24 – Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar (n=112)

Apêndice IV – Tabela 25 - Resultados da DES-SF por dimensão (%) (n=112)

Apêndice V – Tabela 26 – Estatística Descritiva do Apgar Familiar de Smilkstein (n=112)

Apêndice VI – Tabela 27 – Média e Desvio Padrão do Inventário da Percepção do Suporte Familiar (n=112)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária da UCSP de Miranda do Corvo (BI-CSP, 2021)	18
Figura 2 - Representação Gráfica dos Valores Médios da DES-SF segundo a classificação da Hg1Ac.....	66
Figura 3 - Representação Gráfica das Diferenças médias e teste U de Mann-Whitney entre a DES-SF e o Género	67
Figura 4 - Representação Gráfica dos Valores Médios da DES-SF segundo o Grupo Etário	68
Figura 5 - Representação Gráfica das Diferenças médias este de Kruskal-Wallis a DES-SF e o Estado Civil.....	69
Figura 6 - Representação Gráfica das Diferenças médias e teste de Kruskal-Wallis na DES-SF e o Tipo de Família.....	70
Figura 7 - Representação Gráfica com Valores Médios da DES-SF segundo a Classificação Social de Graffar.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores Demográficos da UCSP de Miranda do Corvo (BI-CSP, 2021).....	19
Quadro 2- Identificação das variáveis em estudo e respetiva classificação.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Teste de Kolmogorov-Smirnov de aderência à normalidade.....	53
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo (n=112).....	56
Tabela 3 – Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar por dimensões (n=112)	57
Tabela 4 – Caracterização Clínica dos participantes em estudo (n=112)	59
Tabela 5 – Caracterização da Consistência Interna da DES-SF por dimensão através do cálculo de Alfa de Cronbach e comparação com outros estudos	60
Tabela 6 – Caracterização da Consistência Interna da escala APGAR Familiar por dimensão através do cálculo de Alfa de Cronbach e comparação com outros estudos.....	61
Tabela 7 – Caracterização da Consistência Interna do IPSF por dimensão através do cálculo de Alfa de Cronbach e comparação com outros estudos	62
Tabela 8 – Caracterização da Consistência Interna da escala de Graffar por dimensão através do cálculo de Alfa de Cronbach	63
Tabela 9 – Níveis de Percepção de Autoeficácia dos participantes em estudo (n=112)	63
Tabela 10 – Classificação da Funcionalidade Familiar (n=112)	64
Tabela 11 – Pontuação em percentagem das Dimensões do Inventário da Percepção do Suporte Familiar (n=112)	64
Tabela 12 - Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a Hg1Ac (n= 112)	65
Tabela 13 – Valores Médios da DES-SF segundo a classificação da Hg1Ac.....	65
Tabela 14 – Diferenças médias e teste U de Mann-Whitney entre a DES-SF e o Género	67
Tabela 15 - Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a Idade (n= 112)	67
Tabela 16 – Valores Médios da DES-SF segundo o Grupo Etário.....	68
Tabela 17 – Diferenças médias e teste de Kruskal-Wallis a DES-SF e o Estado Civil	69
Tabela 18 – Diferenças médias e teste de Kruskal-Wallis a DES-SF e o Tipo de Família	70
Tabela 19 - Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a Escala de Graffar (n= 112).....	71
Tabela 20 – Valores Médios da DES-SF segundo a Classificação Social de Graffar (n=112) ..	71
Tabela 21 - Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a APGAR Familiar (n= 112)	73

Tabela 22 – Valores Médios da DES-SF segundo o Apgar Familiar.....	73
Tabela 23 - Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e o IPSF (n= 112)	74

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular (UC) de Estágio de Natureza Profissional, integrada no 3º semestre, do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF), lecionado pela Universidade de Aveiro (UA) em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e o Instituto Politécnico de Bragança (IPB). O referido estágio foi desenvolvido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Miranda do Corvo, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Pinhal Interior Norte (PIN), da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), a fim de desenvolver competências especializadas inerentes à Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Familiar. O mesmo permitiu desenvolver estratégias para complementar, consolidar e aplicar os conhecimentos técnico-científicos desenvolvidos anteriormente nas unidades curriculares teóricas que integram este mestrado, uma vez que, segundo o Ministério da Saúde, conforme refere o Decreto-Lei 118/2014, é em Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que o enfermeiro encontra o contexto de excelência para a prestação de cuidados à família, ao longo do seu ciclo vital e aos três níveis de prevenção.

Assim, no sentido de cumprir o programa curricular proposto para o Mestrado em causa, e à luz do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (regulamentos nº 122/2011 e nº 140/2019) e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar (regulamento nº 428/2018), foi realizado de forma integrada, neste estágio profissional, o estudo denominado por Fatores Familiares Preditivos do Empoderamento da Pessoa com Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2.

O enfermeiro de família (EF) é o profissional de saúde que ocupa a melhor posição em termos relacionais e de comunicação para reunir informação sobre a família das pessoas doentes, assim como os fatores sociais, culturais e económicos que podem influenciar o desenvolvimento de futuras intervenções. Esta proximidade potencia o desenvolvimento permanente de estratégias de gestão apropriadas a cada família, com vista ao uso dos recursos da comunidade (Baig et al., 2015). Segundo o regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar é aquele que cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, ou seja, é ele que ao considerar a família como unidade de cuidados, promove a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições. O mesmo regulamento acrescenta ainda que é o EF que lidera e colabora nos processos de intervenção de Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), sendo este que gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

A DM constitui um grave problema de saúde pública, nomeadamente pela sua elevada prevalência e pelas consequências que podem decorrer da progressão da doença. Em Portugal, a prevenção e controlo da DM já tem reflexo no Programa Nacional de Saúde Prioritário – o Programa Nacional para a Diabetes (Direção Geral da Saúde, 2008, 2017). O envelhecimento progressivo da população e o aumento da prevalência das doenças crónicas (DC), nomeadamente a DM, constituem um cenário que configura uma nova realidade nas necessidades de cuidados por parte dos indivíduos, das famílias e das comunidades (Vilar, 2012). Por este motivo, as famílias ocupam um papel fundamental na gestão partilhada da doença, uma vez que, ao validar-se que a família tem influência marcada no comportamento de saúde dos seus membros e que o estado de saúde de cada um dos elementos que constituem a unidade familiar influenciam o seu modo de funcionamento, se depreende que a família constitui uma unidade central que pode ou não ajudar a pessoa com DM na gestão da doença e a alcançar os objetivos do seu tratamento (Wright & Leahey, 2012).

Neste sentido, os cuidados de saúde tendem a ser interpretados tendo em consideração o contexto em que a pessoa com DC vive, uma vez que o mesmo pode desencadear mudanças positivas ou não na vida dos seus membros, que se traduz no empoderamento para o autocuidado (Macedo et al., 2017; Zanetti et al., 2008; Mar-García et al., 2017).

Ao nível da promoção da saúde, o *empowerment* para a saúde é um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. Assim, o *empowerment* para a saúde individual refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na pessoa com DM, o objetivo da promoção do *empowerment* consiste em aumentar a sua capacidade de usar o conhecimento sobre a sua patologia e adquirir autonomia necessária para o seu controlo nos mais diversos aspetos da vida diária (Li et al., 2015). Este controlo poderá vir a ser conseguido através da capacitação, definida como o ajudar as pessoas a descobrir e a usar a sua habilidade inata para ganhar mestria sobre a sua DM (Anderson et al., 1995).

Neste âmbito, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros, em que o Enfermeiro de Família (EF) é o facilitador da autonomia da família na adaptação contínua nos processos de saúde/doença, gerindo e organizando os cuidados de saúde e os recursos internos e externos à Família (Vilar, 2012). O EF ao promover o *Empowerment*, a família é envolvida na procura de soluções para os problemas, no planeamento e na execução de intervenções, desempenhando um papel ativo e preponderante, capaz de conduzir ao bem-estar de todo o sistema familiar, ao desenvolvimento de estratégias de *coping* necessárias ao longo do ciclo vital, para a tomada de decisão autónoma da família.

Com efeito, e face ao exposto, constitui objetivo deste relatório de estágio, analisar crítica e reflexivamente a aprendizagem que decorreu do Estágio de Natureza Profissional desenvolvido

na UCSP de Miranda do Corvo, avaliando as dificuldades sentidas, e as soluções desenvolvidas no contexto da Enfermagem de Saúde Familiar. Constitui também objetivo do presente documento, apresentar todo o percurso metodológico e resultados do estudo de investigação, ambicionando contribuir para a implementação de estratégias da prática dos EF no âmbito da assistência à pessoa com DM tipo 2.

De forma a concretizar os objetivos definidos, o presente relatório de estágio encontra-se dividido em dois grandes capítulos. Um primeiro capítulo referente à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências em contexto de estágio de natureza profissional, onde também é efetuada a caracterização do local de estágio. O segundo capítulo refere-se à apresentação do estudo empírico realizado ao longo do estágio, que já referimos. Este capítulo inicia-se com uma breve contextualização do estudo efetuado, seguindo-se um enquadramento teórico no qual são descritos os principais resultados da revisão da literatura efetuada em torno da temática selecionada. O referido capítulo, aborda ainda a metodologia utilizada no trabalho de investigação, apresenta os principais resultados obtidos, bem como a discussão dos mesmos, e termina com as principais conclusões obtidas. A última parte do presente relatório é uma síntese conclusiva, na qual são apresentadas as principais conclusões que emergiram com a elaboração deste trabalho.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Como foi referido anteriormente, a unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional encontra-se integrada no 3º semestre do 2º ano do curso de MESF da UA promovido em consórcio com a UTAD e o IPB, no ano letivo 2020/2021. O referido estágio profissional desenvolveu-se na UCSP de Miranda do Corvo, no período de 03 novembro de 2020 a 28 de abril de 2021, num total de 540 horas, sob orientação conjunta do Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões e a Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro e a supervisão da Srª Enfermeira Margarida Rosário Cruz Silva, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

A UCSP de Miranda do Corvo em funções desde 08 de maio de 2018 é parte integrante do ACeS Pinhal Interior Norte, da ARS Centro, encontrando-se sediada em Semide, prestando assistência à população residente, ou seja, à União de Freguesias de Semide e Rio de Vide. Os profissionais de Saúde que a integram estavam organizados em duas equipas de saúde familiar, cada uma constituída por um médico e um enfermeiro e apenas um assistente técnico, que se comprometiam a assistir um determinado número de utentes ao longo do ciclo vital da família, numa perspetiva de intersubstituição quando necessário (denominado habitualmente de ficheiro). No que se refere à resposta assistencial, esta compreendia as consultas de agudos, consultas programadas no âmbito dos programas de vigilância DM, Hipertensão Arterial (HT), Saúde Materna (SM), Planeamento Familiar (PF), Saúde Infantojuvenil, Rastreamentos Oncológicos, nomeadamente rastreio de cancro do colo do útero (RCCU) e rastreio de cancro do cólon de reto (RCCR). As equipas estavam organizadas entre si, de forma a assegurarem o funcionamento da unidade das 8:30 às 17:00, todos os dias da semana, com a exceção de quarta-feira que funciona das 8:30 às 13:30.

Relativamente aos cuidados de enfermagem, em específico, cada enfermeiro para além do acima mencionado, assegurava ainda cuidados no âmbito do tratamento de feridas, vacinação e visitação domiciliária, sendo esta realizada com recurso a motorista disponibilizado pela Câmara Municipal de Miranda do Corvo ou em alternativa por Táxi.

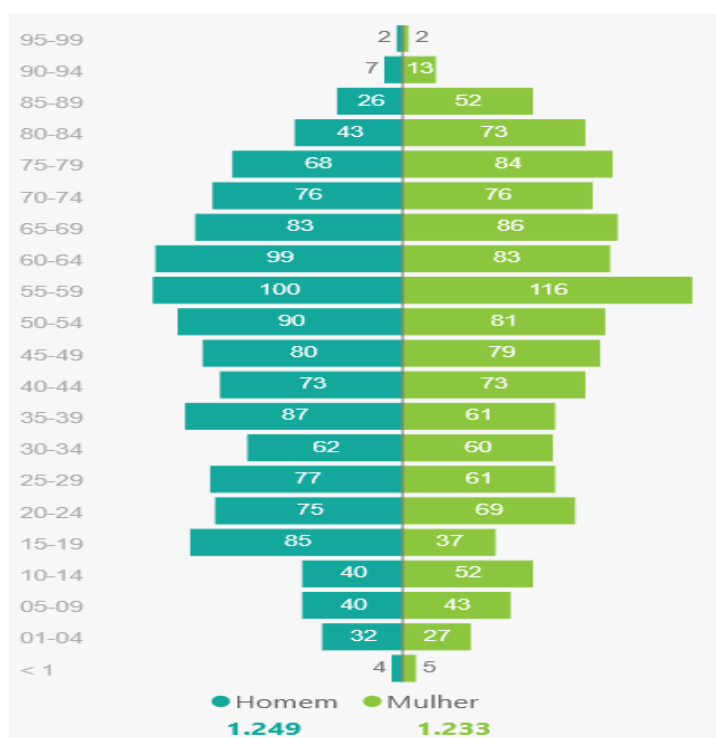
De referir ainda que o estágio foi desenvolvido em contexto pandémico por Covid-19, pelo que, novas atividades foram assumidas pela equipa no combate a esta pandemia, nomeadamente trabalho em Área Dedicada ao Covid-19 (ADC), monitorização dos doentes com infeção por Covid-19 através do *Trace-covid* e vacinação Covid-19 nos Centros de Vacinação, que decorreu no edifício dos Bombeiros Voluntários em Miranda do Corvo às Quintas, Sextas-feiras e Sábados das 9:00 às 18:00.

Quanto ao compromisso assistencial e de acordo com a SPMS (2021), à data de 06 de abril de 2021 a referida UCSP possuía 2482 utentes inscritos aos quais correspondem 3 406 unidades ponderadas, calculadas de acordo com o nº 4 do artigo 9º do Decreto-Lei nº 298/2007. Do total

de inscritos é importante referir que apenas 0,32% dos utentes se encontravam sem médico de família atribuído e 2,58% dos utentes não apresentavam médico de família atribuído, por opção.

No que se refere às características da população inscritas na UCSP de Miranda do Corvo e decorrente da análise da sua pirâmide etária que se encontra representada na Figura 1, podemos constatar que esta seguia uma tendência de alargamento desde a zona central até ao topo, bem como o estreitamento da base, o que reflete o envelhecimento populacional a que assistimos na atualidade, na sociedade portuguesa. No que respeita à distribuição dos utentes por sexo, esta era muito semelhante para ambos os sexos, sendo que da população inscrita, 50,30% (1249) eram do sexo masculino e 49,70% (1233) eram do sexo feminino. Também podemos observar que a faixa etária com mais utentes, tanto nos homens como nas mulheres, era a dos 55–59 anos com 100 indivíduos do sexo masculino e 116 do sexo feminino. Analisando a população inscrita, tendo em conta os grupos etários (de acordo com o decreto-lei 298/2007), aquele que se apresentava em maior número é dos 7–64 anos de idade, com 1695 indivíduos. Contudo, o grupo de utentes com idade superior a 65 anos apresentava um número de indivíduos muito significativo (522). Curiosamente o número de indivíduos com mais de 75 anos (370) é ainda superior ao número de indivíduos de 65-74 anos (321). Tendo em consideração que é nestes grupos etários referidos anteriormente que são atribuíveis maiores unidades ponderadas, maior será a necessidade de utilização dos serviços de saúde em função da idade e da sua vulnerabilidade e morbilidade. Relativamente às últimas faixas etárias a partir dos 90-94 anos (20) e 95-99 anos (4), verificou-se que o número de idosos diminui significativamente (SPMS, 2021).

Figura 1 - Pirâmide etária da UCSP de Miranda do Corvo (BI-CSP, 2021)



Relativamente aos indicadores demográficos da população inscrita na UCSP de Miranda do Corvo, e de acordo com a informação disponível em SPMS (2021), verificou-se que a população desta unidade funcional se enquadra na problemática nacional do envelhecimento populacional, ao evidenciar um índice de longevidade de 53,54%, um índice de dependência total de 60,34% e um índice de envelhecimento de 284,36%. Em contrapartida, é de evidenciar que a percentagem de população ativa se situava nos 62,39%, sendo esta que é responsável por manter a sustentabilidade, uma vez que potencialmente constituem mão-de-obra para a produção de bens e serviços no circuito económico (Quadro 1).

Quadro 1 - Indicadores Demográficos da UCSP de Miranda do Corvo (BI-CSP, 2021)

Indicadores Demográficos	%
Índice de Dependência Total [(pop ≤ 14a + pop ≥ 65a) / pop 15-64a] x 100	60,34
Índice de Dependência de Idosos (pop ≥ 65a / pop 15-64a) x 100	44,64
Índice de Dependência de Jovens (pop ≤ 14ª / pop 15-64a) x 100	15,70
Índice de Longevidade (pop ≥ 75a / pop ≥ 65a) x 100	53,54
População Ativa (pop 15-64a / pop total) x 100	62,39
Índice de Envelhecimento (pop ≥ 65a / pop ≤ 14a) x 100	284,36

Fonte: SPMS - <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2061806/Pages/default.aspx>, 06 de abril 2021.

Segundo os dados fornecidos pela ARS Centro, em abril de 2021, na UCSP de Miranda do Corvo existiam 232 utentes inscritos com diagnóstico de DM tipo 2, sendo que destes apenas 199 eram seguidos em consulta de vigilância de DM nesta unidade de saúde, há mais de 1 ano. Dos utentes seguidos em consulta de vigilância na unidade, cerca de 57,3% são do sexo feminino (114 utentes) e 42,7% são do sexo masculino (85 utentes). Constatou-se pela análise que os utentes com diagnóstico de DM tipo 2 encontram-se compreendidos entre os 40 anos e os 99 anos, sendo que as faixas etárias que apresentam mais utentes com diagnóstico de DM tipo 2 encontram-se entre os 60 anos e os 79 anos, correspondendo a 62,8% de todos as pessoas com DM tipo 2 seguidos na unidade de saúde no total de 199 utentes.

De toda a caracterização apresentada referente à UCSP de Miranda do Corvo, depreende-se que esta unidade funcional se revelou um local de estágio adequado à concretização dos objetivos e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Familiar, conforme consta no regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros e que são preconizadas para o referido estágio de natureza profissional e sistematizadas no Guia Orientador de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (UA et al., 2020).

Com efeito, o referido estágio foi desenvolvido tendo em conta o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme constam no regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, assim como as Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Assim, o estágio preconizava a concretização dos seguintes objetivos: 1. Desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais; 2. Cuidar a família como uma unidade de cuidados; 3. Prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária; 4. Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidade do seu desenvolvimento; 5. Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar; 6. Desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia (UA et al., 2020) e por fim elaborar um relatório de estágio com desenvolvimento de conhecimentos em metodologias de investigação através de um estudo de investigação utilizando a UCSP de Miranda do Corvo como campo de colheita de dados. Considerando este último objetivo optámos pela realização de um estudo acerca dos “Fatores Familiares Preditivos da Variabilidade do Empoderamento da Pessoa com DM tipo 2”, que apresentamos posteriormente, neste relatório.

Ao longo do percurso deste estágio e de forma a dar cumprimento aos objetivos definidos foi importante a orientação disponibilizada pelos docentes orientadores, assim como pela Sr^a Enfermeira Margarida Rosário Cruz Silva, como supervisora de estágio.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Do conhecimento adquirido durante o primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, foi consolidado o conceito de que a enfermagem de família centra os seus cuidados na família, como unidade de cuidados, como um todo, assim como nos seus membros individualmente, potencializando as suas forças, os seus recursos internos e externos e a sua capacitação, por forma a efetuarem os seus processos transicionais, quer situacionais quer normativos, inerentes ao ciclo vital da família, de forma saudável e positiva, numa abordagem colaborativa e numa perspetiva sistémica da família. Neste sentido, este estágio de natureza profissional possibilitou a transposição e integração destes conhecimentos construídos na interação estabelecida nas diversas Unidades Curriculares, para a transposição e adaptação para o contexto prático do desempenho de prestação de cuidados do enfermeiro de Saúde Familiar, ou seja, na UCSP de Miranda do Corvo, cujos cuidados de enfermagem estão organizados de acordo com o modelo de EF.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, tem-se registado ao longo dos tempos uma relevante evolução nos cuidados, bem como da própria estruturação das unidades funcionais. Desta crescente evolução materializa-se no papel atribuído ao EF, o qual deverá ser entendido como o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, emerge a necessidade de regulamentar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, conforme o regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Segundo o mesmo documento, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar são: 1. Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, considerando assim a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação focando-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições; 2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, ou seja, gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família.

Tendo por base estas competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, como já foi referido, e as competências comuns do enfermeiro especialista que constam nos regulamentos nº 122/2011 e 140/2019, foram definidos os objetivos deste estágio profissional, conforme consta no Guia Orientador de Estágio de mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar, 2020/2021, elaborado pelo consórcio da UA, UTAD e IPB. Considerando estas competências, passamos de seguida à análise reflexiva do desenvolvimento de competências em estágio de natureza profissional.

Este estágio permitiu integrar no contexto prático do nosso desempenho os conceitos estudados ao longo da componente teórica deste mestrado, e assim possibilitar o desenvolvimento das

referidas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Para poder integrar uma conceção de prática de cuidados centrada na família muito contribuiu o facto de estar presente o pensamento sistémico da família, a abordagem colaborativa e o reconhecimento da reciprocidade entre a dinâmica familiar, bem como a evolução da doença, em concreto a DM tipo 2, na qual a dinâmica familiar influencia a evolução da doença, e vice-versa, sendo um processo co-evolutivo ao longo do tempo.

Ao longo do estágio a consulta de enfermagem que realizámos de forma sistematizada permitiu-me desenvolver o primeiro objetivo relacionado com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar regulamentado pela OE conforme conta no regulamento nº 428/2018 de 16 de julho e presente num dos objetivos deste estágio, conforme consta no Guia Orientador do estágio de Mestrado em Enfermagem de saúde Familiar, 2020/2021, elaborado em consórcio pela UA, IPB e UTAD, que é: **1. cuidar da família como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos três níveis de prevenção**, quer durante as consultas de saúde infantil, PF, SM, rastreios oncológicos, DM, HT ou no contexto de visita domiciliária. No desenvolvimento destas atividades foi importante ter presente que a intervenção do enfermeiro pode ser direcionada para o indivíduo, para a unidade familiar ou para ambas de acordo com situação vivenciada pela família/indivíduo e de acordo com as necessidades avaliadas, sendo que as abordagens não são excludentes e nem uma é melhor que a outra (Wright & Leahey, 1990).

Também é importante ter presente que, apesar de nas últimas décadas a sociedade portuguesa ter atravessado várias transformações, que proporcionaram mudanças ao nível da estrutura e organização familiar, fundamentalmente, a família manteve-se como unidade emocional e afetiva, espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se como unidade transformativa e auto-organizativa (Figueiredo, 2009). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 6) a família é definida como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes”. Tendo por base estas definições e tendo em consideração o estágio profissional, foi possível a nossa intervenção e avaliação familiar de múltiplas tipologias de famílias, sendo a utilizada para registo no *SClinico* a de Duvall (1962). Esta foi desenvolvida com base num modelo de quatro estágios, que posteriormente foi alargada para oito, caracterizando os sucessivos estágios na progressão de casamento primário, eles são: casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho); família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar); família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até a adolescência); família com adolescentes (da saída da escola ao início dos estudos superiores); família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma); família idosa (da reforma à viuvez, que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família). Nesta perspetiva, para cada uma das etapas definem um conjunto de tarefas que deverão ser cumpridas para que a unidade familiar tenha sucesso

no seu desenvolvimento. Integrar este conceito durante o estágio de natureza profissional revelou-se importante, uma vez que permitiu avaliar a fase do ciclo vital da família e assim antever os problemas potenciais ou reais associados e assim direcionar uma avaliação e intervenção mais individualizadas.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção familiar (MDAIF) proposto por Figueiredo (2012), constitui um instrumento orientador e sistematizador das práticas de ESF, cuja matriz operativa possibilita a integração das etapas do processo de enfermagem. Ainda de acordo com a mesma autora (*idem*) trata-se de um modelo de cariz dinâmico, flexível e integrativo, que permite aos enfermeiros proporem intervenções, ao considerarem a complexidade do sistema familiar que estão inerentes ao seu desenvolvimento, estrutura e modelo de funcionamento, dão respostas às necessidades reais das famílias.

Durante o estágio de natureza profissional foi possível, em conjunto com a enfermeira orientadora de estágio, efetuar a aplicabilidade deste modelo na avaliação das famílias ao longo do ciclo vital, tendo em consideração o seu processo de transição, quer de desenvolvimento e quer situacionais. A aplicação deste modelo permitiu operacionalizar e sistematizar o pensamento acerca do processo da família, quer durante as consultas de enfermagem de vigilância, quer durante as consultas de rastreios oncológicos, ou mesmo durante a realização de tratamentos e visita domiciliária. As consultas de vigilância de enfermagem que foram realizadas durante o estágio profissional, tiveram como linha orientadora os programas nacionais que lhes estão subjacentes, nomeadamente, o Programa Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNIJ), Programa Nacional de Vacinação (PNV) e Programa Nacional da Diabetes (PND). Sendo o último de especial interesse para a realização deste relatório.

Ao analisarmos o conteúdo dos Programas Nacionais e refletindo sobre a prática do EF, verificamos que, de uma forma geral, alguns destes Programas Nacionais promoverem uma intervenção em rede e baseadas numa abordagem dos cuidados centrados na família, no seu ciclo vital e nos seus processos transicionais. Neste sentido, promovem uma intervenção sistémica e pretendem dar resposta às necessidades de forma personalizada das famílias, como sejam o PNVGBR ou PNIJ.

O PND apesar de ser um dos Programas Nacionais Prioritários da Direção Geral da Saúde (DGS), conforme despacho nº 6401/2016 de 16 de maio, consideramos que ainda está muito dirigido para intervir na pessoa com DM ou em risco acrescido de vir a desenvolver esta DC, não valorizando a abordagem ao nível da família. Neste sentido, contempla apenas estratégias de intervenção relacionadas com a gestão e controlo da DM e de redução da incidência de complicações desta patologia, não estabelecendo ainda estratégias que promovam o envolvimento da família. Assim, se por um lado consideramos que a família deve ser cada vez mais incluída no processo de cuidados, por outro, ainda existe um longo caminho a percorrer.

Neste sentido, decidimos efetuar a presente reflexão sobre uma família cujo um dos elementos apresenta DM tipo 2, seguido em Consultas de vigilância de DM na UCSP de Miranda do Corvo, em que promovemos o envolvimento da família no estabelecimento de objetivos e na promoção da mudança de estilos de vida.

De entre as várias famílias nas quais foi possível aplicar os pressupostos associado à avaliação sistematizada por dimensões do MDAIF pelos processos transicionais que atravessavam, decidimos efetuar esta reflexão sobre uma família de uma pessoa com DM tipo 2 com baixa motivação para a adesão ao regime terapêutico. Trata-se de uma família reconstituída, que ao nível do ciclo de Duvall (1962) se enquadra numa família de meia-idade, ambos no ativo. Os dois elementos do casal não tinham filhos em comum, mas os dois elementos têm filhos dos relacionamentos anteriores. Trata-se de uma mulher seguida em consultas de DM tipo 2 na UCSP de Miranda do Corvo há 5 anos. No decurso da consulta de vigilância da DM, constatou-se que apresentava HgA1c elevada, tendo sido proposto ajuste terapêutico, quer farmacológico, quer não farmacológico. No momento da consulta, a utente veio acompanhada pelo marido, que nos permitiu naquele contacto efetuar uma breve avaliação da família segundo os pressupostos do MDAIF, com recurso à entrevista. Após a avaliação da família, constatou-se que era uma família coesa e funcional. Foi então proposta, pela equipa de saúde, a iniciação da administração de um injetável para controlo da DM, que a utente estava renitente em iniciar. O apoio emocional e instrumental do marido foi fundamental para que a utente aceitasse iniciar a terapêutica prescrita, assim como objetivasse a mudança de estilos de vida, nomeadamente a introdução da caminhada de forma regular pelos dois elementos e a alteração de hábitos alimentares, recorrendo a alguns ajustes ao nível da dinâmica familiar e de redefinição de papéis. Foi ainda proposta a referenciação para a nutricionista do ACES, com o objetivo de reeducação alimentar direcionada para a diminuição do excesso de peso que apresentava. Devido ao tipo de relação que têm enquanto dinâmica de casal, a presença do companheiro na consulta revelou-se fundamental para a motivação/capacitação da utente à adesão ao regime terapêutico e à objetivação de mudança de estilos de vida. Consequentemente, houve uma maior autonomia/capacitação familiar/individual e envolvimento no processo de cuidar, bem como na consecução dos objetivos terapêuticos. Analisando este caso clínico, verificamos que é concordante com as conclusões de Rosland & Piette (2010) que referem que é no seio familiar que muitas vezes se criam o contexto prático, social e emocional para o autocuidado, tornando mais fácil ou mais difícil que a pessoa com DM possa atingir os seus objetivos relacionados com a doença. O mesmo autor (*idem*) sugere ainda que o envolvimento ativo dos membros da família pode criar condições para melhorar a autogestão da DM e consequentemente facilitar o sucesso do doente.

Durante o estágio profissional, consideramos que, a relação terapêutica que o EF estabelece com a pessoas/família, a entrevista e à escuta ativa, revelam-se estratégias de sucesso para a prática de cuidados familiares eficazes e direcionados às necessidades das famílias. Verificamos ainda que a visita domiciliária constituiu uma estratégia de intervenção muito

importante, uma vez que favoreceu um contacto mais próximo com os diferentes elementos da família, no seu contexto de vida, o que permitiu observar as relações e dinâmicas familiares.

Também foi possível ao longo deste estágio desenvolver o segundo objetivo relacionado com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar regulamentado pela OE conforme consta no regulamento nº 428/2018 de 16 de julho e presente num dos objetivos deste estágio, conforme consta no Guia Orientador do estágio, que é: **2. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.**

O EF é o profissional de saúde, no seio da equipa multidisciplinar, que gere, articula e mobiliza os recursos necessários à prestação de cuidados à família (Ordem dos Enfermeiros, 2018), ou seja, é ele que articula dentro da equipa de saúde, com outras equipas de saúde, outras unidades de saúde, instituições ou recursos da comunidade, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família/indivíduo, no sentido de ajudar a família/indivíduo a atingir os seus objetivos em saúde. Considero que o facto de o estágio ter decorrido no local onde já desempenhava funções constituiu um fator facilitador para atingir ambos os objetivos uma vez que já detinha conhecimento prévio de algumas famílias, recursos da comunidade disponíveis, da forma de articulação com outros serviços e/ou instituições. Ainda no âmbito deste objetivo, “o EF gere o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19359) e também no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade, tive oportunidade de, durante o estágio apresentar à equipa da UCSP de Miranda do Corvo o meu projeto de trabalho de investigação denominado “Fatores Familiares Preditivos da Variabilidade do Empoderamento da Pessoa com DM tipo 2”, o que permitiu sensibilizar a equipa sobre os princípios da ESF e ainda sobre a importância do envolvimento da família no cuidado da pessoa com DM tipo 2, e promoção de mudança dos seus estilos de vida. É importante referir que, o facto dos utentes/famílias já me conhecerem anteriormente, constitui uma mais-valia, uma vez que permitiu que maior adesão dos participantes no meu estudo de investigação, o que se revelou fundamental devido ao contexto de pandemia por Covid-19.

Ainda de referir que, enquadrado neste segundo objetivo, no que diz respeito aos sistemas e programas informáticos utilizados na unidade onde desenvolvemos o estágio, consideramos que o *SClínico* muitas vezes não traduz o conhecimento que os EF têm sobre a família e a realidade do trabalho que é realizado com as famílias, dificultando a continuidade e acessibilidade dessa informação aos demais profissionais da equipa multidisciplinar. Consideramos, contudo, que a sua existência e a utilização em situações que envolvem transição do ciclo familiar poderá trazer uma nova perspetiva de avaliação e intervenção do enfermeiro sobre a família e facilitar assim o processo de cuidados à mesma, nomeadamente no que se refere à problemática deste estudo relacionada com a pessoa com DM tipo 2 e a sua família.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista que constam no regulamento nº 122/2011 e atualizado no regulamento nº 140/2019, tive a oportunidade, com a minha

supervisora de estágio, de efetuar pedidos de material necessário à prestação de cuidados, e ainda acompanhar a supervisora de estágio nas reuniões de conselho técnico, uma vez que ela era o elemento de enfermagem que integrava este órgão de gestão, o que permitiu acompanhar o processo de contratualização da unidade para o ano de 2021, que prevê a retoma da atividade assistencial, dada a situação atual vivenciada pela pandemia por Covid-19. Esta participação permitiu-nos propor a realização de teleconsulta de enfermagem à pessoa/família com DM tipo 2, sugestão que surge, tendo em consideração o contexto pandémico por Covid-19, dada a necessidade de retoma da atividade assistencial. Assim, foi proposto que no caso das pessoas com DM tipo 2, que tinham um controlo metabólico adequado e que detinham um bom suporte familiar, uma das consultas anuais fosse presencial e a outra por teleconsulta via telefone, a fim de evitar aglomerados na UCSP e de certa forma manter a proximidade com o utente/família, esclarecendo dúvidas. Este tipo de consulta está devidamente regulamentado pela OE, tal como consta no Guia de recomendações para as consultas de enfermagem à distância/telenfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Este documento surge precisamente da necessidade imposta pela Pandemia Covid-19, no sentido de mitigar o impacto causado à população portuguesa que requer cuidados de enfermagem.

Por fim, tendo em consideração as atividades desenvolvidas e as aprendizagens daí resultantes, posso afirmar que os objetivos propostos para este estágio profissional, no âmbito do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, foram atingidos, bem como, o desenvolvimento de conhecimentos na área de investigação quantitativa com a realização do estudo integrado neste estágio de natureza profissional denominado “Fatores Familiares Preditivos da Variabilidade do Empoderamento da Pessoa com DM tipo 2”.

Por tudo o que foi referido, sinto que me tornei mais competente na avaliação e intervenção com as famílias, sendo que aprimorando tais competências poderei, em concordância com a OE (2018), prestar cuidados de enfermagem às famílias pelas quais estarei responsável, de acordo com as transições quer de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital, quer transições relacionadas com o processo saúde/doença com ênfase na mobilização das forças e dos recursos internos e externos da família, de forma a encontrar respostas aos seus problemas reais e potenciais.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Como foi referido anteriormente, o presente trabalho de investigação foi desenvolvido durante o Estágio de Natureza Profissional na UCSP de Miranda do Corvo, no período de 03 novembro de 2020 a 28 de abril de 2021, tendo a colheita de dados ocorrido neste período.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2021), a DM constitui um problema global de saúde pública, não só pela sua elevada prevalência, mas também pelas graves consequências que podem decorrer da progressão da doença, e que podem culminar numa diminuição da produtividade da pessoa com DM tipo 2, da qualidade de vida da pessoa/família e/ou na morte prematura devido à doença. A crescente incidência da doença, o tratamento e as complicações decorrentes da progressão da mesma acarretam elevados custos, tanto a nível económico como a nível social (Federação Internacional da Diabetes, 2019).

O regime terapêutico na DM revela-se essencial para o controlo metabólico de modo a evitar o desenvolvimento de complicações tardias da doença e diminuir a mortalidade associada a esta patologia. De salientar que, o regime terapêutico compreende o regime medicamentoso e o regime não medicamentoso, estando este último está relacionado com as mudanças de estilos de vida associados a alterações ao nível da alimentação e exercício físico (Associação Americana de Diabetes, 2017). A evidência revela que os níveis de adesão ao regime terapêutico se relacionam de forma significativa com o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 (Cunha et al., 2014; Granado, 2013; Sousa et al., 2019). Cunha et al. (2014) concluem no seu estudo que, o empoderamento da pessoa com DM é responsável por 13,7% da variabilidade do valor global de adesão ao regime terapêutico.

Neste sentido, o empoderamento da pessoa com DM constitui uma ferramenta capaz de ensinar os indivíduos a cuidarem da sua condição crónica, melhorando a autogestão da DC e proporcionando autonomia na tomada de decisão e de autocuidado. Neste sentido, a pessoa com DM tipo 2 passa a ser entendida como um colaborador, tendo uma participação ativa e efetiva no processo de cuidados com a sua saúde e, conseqüentemente, melhorando os seus indicadores clínicos e o aumentando significativamente a da esperança média de vida (Taddeo et al., 2012). Farias et al. (2020) acrescentam ainda que a família necessita de ser envolvida no processo de empoderamento do autocuidado das pessoas com DM tipo 2, através do suporte familiar que poderão proporcionar oferecendo apoio mediado por regras, entre atores familiares diversos, sem expressões de autoritarismo ou de controlo permanente, de forma a ajudar no controlo metabólico e prevenção de complicações.

Com o diagnóstico da DM, existe um processo de adaptação como um todo, tanto física como psicologicamente, sendo que a nova realidade pode ocasionar uma desorganização na dinâmica familiar, e tudo depende de como se encara o significado da doença e do tratamento. A nova realidade com a qual a família precisará de conviver possibilitará muitas oportunidades de aprendizagem sobre a doença, sendo necessário que o indivíduo e familiares adotem estratégias

de *coping* que lhes permitam enfrentar a complexidade que o tratamento impõe, assim como perspetivar mudanças do estilo de vida (Santos et al., 2011). Ainda na perspetiva deste autor, o suporte familiar é um fator importante para lidar com as adversidades que a doença acarreta. O autor refere que a pessoa com DM necessita de apoio psicológico para se fortalecer emocionalmente, e por conseguinte, seguir as medidas terapêuticas de autocuidado, perspetivando as mudanças de estilo de vida.

O EF, sendo o elemento dentro da equipa multidisciplinar que tem como alvo de cuidados a família, promovendo a sua capacitação, foca-se na família como um todo e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e nas suas transições, tendo ainda a competência para gerir, articular e mobilizar os recursos necessários à prestação de cuidados à família. Assim, este ocupa o lugar primordial para reunir a informação sobre a família (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e perspetivar diagnósticos e intervenções mais direcionadas ao nível familiar, que permitam obter ganhos em saúde. Neste sentido, a problemática apresentada, assume-se como sendo de relevo à luz da “Teoria das Transições”, desenvolvida por Meleis em 2013, citado por Santos et al. (2016), que refere que ao longo da vida, a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que, impreterivelmente, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990, citado por Santos et al. 2016).

Esta teoria torna-se com interesse relevante na ESF, uma vez que explica as respostas humanas a processos de vida, de saúde e doença, que neste trabalho se reporta à pessoa com DM tipo 2 e sua família, permitindo compreender a multidimensionalidade deste processo de passar de um estado saudável para outro de doença, caracterizada pela sua própria singularidade e complexidade.

Tendo em conta a realidade da UCSP de Miranda do Corvo, cerca de 10,7%² dos utentes inscritos estão diagnosticados com DM e 9,3% com DM tipo 2, estando esta prevalência em concordância com a média nacional. Quanto ao nível de desempenho da unidade de saúde é possível verificar que segundo a SPMS (2020), na gestão da doença e dimensão DM, a proporção de DM com última Hemoglobina glicada (HbA1c) inferior ou igual a 8%, situa-se em 67,56% em fevereiro de 2020, período antes da pandemia por Covid-19. Estes valores demonstram no período anterior à pandemia por Covid-19, a unidade apresentava um índice adequado de desempenho a este nível. É importante ressaltar que a DGS, conforme consta na norma 052/2011 atualizada em 2015, estabelece que na maioria das pessoas, o objetivo principal do valor HbA1c seja igual ou inferior a 7%, por ter sido demonstrado redução das complicações microvasculares e uma redução a longo prazo da doença macrovascular decorrentes da DM. É

² Plataforma Mim@uf – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (dados obtidos através da EnFª Supervisora do Estágio)

de referir que o efeito da pandemia por Covid-19 teve reflexo no desempenho das unidades, nomeadamente na UCSP de Miranda do Corvo, baixando o seu desempenho, nomeadamente ao nível do registo das HbA1c inferior ou igual a 8%, situando-se apenas nos 23,94% em abril de 2021. Ainda segundo a mesma fonte e ao nível do desempenho é possível identificar que o custo com a terapêutica do doente com DM se situa nos 470,327 euros por utente, num indicador que no máximo aceitável é de 350 euros. Neste sentido, justifica-se o estudo e apresentação de estratégias que permitam a melhoria de resultados. De referir que a diminuição dos indicadores de desempenho das unidades durante a pandemia surgiu por vários fatores, nomeadamente pela necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem e assumirem novas atividades cumulativas às que já desenvolviam ao assegurar a atividade assistencial das unidades, com as relacionadas com o combate à pandemia nomeadamente ao nível de ADC, vacinação Covid-19, monitorização e vigilância dos utentes infetados com Covid-19 através do *Trace-covid* o que fez diminuir o tempo disponível para as atividades de assistência presencial na unidade. Esta realidade é transversal a nível nacional (Uva et al., 2020), assim como a adoção de medidas restritivas de acesso dos utentes às próprias unidades, o que condicionou o acesso aos cuidados de saúde.

Tendo em consideração todos os aspetos apresentados anteriormente, nomeadamente a realidade encontrada durante o estágio profissional, assim como, a procura de contribuição para o desenvolvimento do conhecimento científico na área disciplinar da ESF, bem como contribuir para uma intervenção baseada numa prática colaborativa, que seja mais eficiente, estruturada e fundamentada do EF junto da pessoa com DM tipo 2 e sua família, se justifica a pertinência do presente trabalho de investigação que pretende responder à seguinte questão de investigação: Quais os fatores familiares preditivos da variabilidade do empoderamento da pessoa com DM tipo 2, utente da UCSP de Miranda do Corvo?

Para dar resposta a esta problemática definiram-se os seguintes objetivos do estudo apresentado neste Relatório:

- Caracterizar sociodemográfica e clinicamente os participantes no estudo;
- Avaliar se o valor de HbA1c é preditor a variabilidade do Empoderamento da Pessoa com DM tipo 2;
- Avaliar se as características sociodemográficas e familiares são preditoras da variabilidade do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2;
- Avaliar se a funcionalidade familiar é preditora do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2;
- Avaliar se o suporte familiar é preditor do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2.

De forma a responder aos objetivos do estudo, o presente capítulo, denominado de estudo empírico, encontra-se dividido em quatro subcapítulos, para além desta contextualização. No primeiro subcapítulo é efetuado um enquadramento teórico do domínio da investigação no contexto da evidência atual. No segundo subcapítulo é apresentado o processo metodológico

adotado para dar resposta à questão de investigação. O terceiro subcapítulo é referente à apresentação dos resultados e, o quarto subcapítulo corresponde à discussão dos resultados face ao contexto do estudo, terminando com as principais conclusões.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2021) a DM constitui um problema global de saúde pública, não só pela sua elevada prevalência, mas também pelas graves consequências que podem decorrer da progressão da doença, e que podem culminar numa diminuição da produtividade da pessoa com DM tipo 2, da qualidade de vida da pessoa/família e/ou na morte prematura devido à doença. A crescente incidência da doença, o tratamento e as complicações decorrentes da progressão da mesma acarretam elevados custos, tanto a nível económico quer a nível social (Federação Internacional de Diabetes, 2019).

Segundo a Associação Americana de Diabetes (2018), embora a DM seja uma DC, é possível controlar ou retardar a sua progressão, desde que a pessoa esteja motivada para um conjunto de atividades relacionadas com a autogestão do regime terapêutico. Assim, no sentido de evitar as complicações decorrentes da DM, é essencial a manutenção de um rigoroso controlo metabólico e consequentemente, que haja adesão ao regime terapêutico por parte da pessoa, o que constitui atualmente um desafio para os utentes e profissionais de saúde. Boavida (2013) refere que na maior parte das vezes a pessoa com DM sabe o que fazer e como fazer para controlar a doença, e até quer fazer, mas simplesmente não faz. Neste sentido, no cuidado de uma pessoa com DC é preciso ir para além do conhecimento. Dornelles et al. (2013) acrescentam ainda que é evidente a necessidade de inclusão, mais efetiva, dos familiares no processo educativo.

Boavida (2013) refere que a percentagem de pessoas com DM ou outra DC que seguem as orientações dos profissionais de saúde, é inferior ao esperado. Por outro lado, diferentes estudos indicam ainda que os programas de autogestão da DM baseados no empoderamento são mais eficazes quando comparados com a abordagem educacional tradicional (Chen et al., 2015; Cortez et al., 2017; Sousa et al., 2017; Taddeo et al., 2012). Também Almeida et al. (2019) verificaram através do seu estudo quasi-experimental que os programas educacionais baseados no empoderamento parecem contribuir para uma melhoria da autoeficácia percebida, pelo que poderão ser assumidos como estratégias a aplicar a utentes com DM tipo 2. Neste sentido, o empoderamento constitui uma variável relevante na autogestão do regime terapêutico, na medida em que a pessoa com DM tipo 2, se envolve ativamente em comportamento de autocuidado. Granado (2013) e Sousa et al. (2019) referem ainda que quanto maior o nível de empoderamento da pessoa com DM tipo 2, maior a adesão ao regime terapêutico. Os estudos de Aveiro et al. (2015), Macedo et al. (2017), Ebrahimi et al. (2016) Ávila-Jiménez (2013), Beckerle (2013) acrescentam ainda que a HgA1c tem relação significativa com o empoderamento

Neste contexto, também o apoio do núcleo familiar se revela fundamental na adesão ao tratamento (Zanetti et al., 2008; Sousa-Muñoz & Sá, 2020), sendo que é no seio familiar que muitas vezes se cria e estrutura o contexto prático, social e emocional para o autocuidado, tornando mais fácil ou mais difícil que a pessoa com DM possa atingir os seus objetivos relacionados com a doença (Rosland & Piette, 2010).

Considerando esta realidade e a fim de enquadrar a temática apresentada anteriormente, neste subcapítulo abordar-se-ão os principais conceitos relacionados com a pessoa com DM tipo 2, o papel da família no empoderamento da pessoa com DM tipo 2 e por fim, o papel do EF na gestão da dinâmica familiar da pessoa com DM tipo 2.

2.1 A Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2

Segundo Oliveira (2020), conforme consta nos Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual, na última década o Índice de Envelhecimento registado em Portugal tem vindo a agravar-se de forma constante, em consequência da descida da natalidade, do aumento da esperança média de vida e, mais recentemente, do aumento da emigração a partir de Portugal. Estes fatores têm contribuído não só para o efetivo decréscimo da população do país, como também para o agravamento do envelhecimento demográfico português. Associado ao aumento expressivo do envelhecimento da população portuguesa, surge o aumento da prevalência de DC, nomeadamente a DM.

A DM constitui um transtorno metabólico progressivo de caráter crónico e de etiologia múltipla, que se caracteriza por uma hiperglicemia crónica, com alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, devido à deficiência da secreção e/ou ação da insulina (International Diabetes Federation, 2019). São consideradas pessoas portadoras de DM aquelas cuja HgA1c seja igual ou superior a 6.5% (Direção Geral da Saúde, 2008, 2011). O não controlo da hiperglicemia a longo prazo pode levar ao desenvolvimento de complicações progressivas: a nível microvascular, tais como a retinopatia, nefropatia e/ou neuropatia periférica; a nível macrovascular com risco aumentado de doença cardiovascular, vascular periférica, cerebrovascular e amputação, bem como aumento da suscetibilidade a infeções (Direção Geral da Saúde, 2008).

A Direção Geral da Saúde (2011) na norma 002/2011 de 14 de janeiro, estabelece a existência de quatro tipos clínicos de DM, etiologicamente distintos: DM tipo 1; DM tipo 2; Diabetes gestacional e, por fim outros tipos específicos de DM. A DM tipo 1, resulta da destruição das células β dos ilhéus de *Langerhans* do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulinoterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células dá-se por um mecanismo auto-imune, pelo que se denomina DM tipo 1 auto-imune. Nalguns casos não se consegue documentar a existência do processo imunológico, passando nestes casos a denominar-se por DM tipo 1 idiopática, corresponde a 5-10% de todos os casos de DM e é, em regra, mais comum na infância e adolescência. A DM tipo 2 é a forma mais frequente de DM, resultando da existência de insulinopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinorresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de DM e, muitas vezes, está associada a obesidade, principalmente abdominal, HT e dislipidemia. A DM tipo 2, a que se refere este trabalho especificamente, é clinicamente silenciosa na maioria dos casos, e é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa. A diabetes gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez. Por fim, os outros tipos específicos de DM correspondem a situações em

que a DM é consequência de um processo etiopatogénico identificado: defeitos genéticos da célula β , defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias diversas, DM induzida por químicos ou fármacos.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2021) o número de pessoas com DM terá aumentado de 108 milhões em 1980, para 422 milhões em 201. A prevalência de DM a nível mundial registou então um aumento de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014, estimando-se que em 2040 este valor subirá para 642 milhões. De acordo com a mesma fonte, há referência que em 2019 a DM foi a causa direta de 1,5 milhões de mortes e outras 2,2 milhões de mortes foram atribuíveis à hiperglicemia em 2012.

Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016), que constam no Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, o número de pessoas com DM Tipo 2 está a aumentar em todos os países, sendo esta patologia crónica responsável por 12% dos gastos em saúde em 2015. Este relatório revela uma prevalência da DM, em 2015, na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, de 13,3% (7,7 milhões de indivíduos), ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem DM. Ainda de acordo com a mesma fonte, no período entre 2009 e 2015 observou-se um aumento de 1,6% da taxa de prevalência da DM, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 13,5%. Ainda segundo o mesmo relatório, verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da DM entre os homens (15,9%) e as mulheres (10,9%) e verifica-se também a existência de um forte aumento da prevalência da DM com a idade, sendo que mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem DM. Prevê-se que cerca de 44% da população portuguesa, em 2015, não tenha a doença ainda diagnosticada (Direção Geral da Saúde, 2017; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Quanto aos dados da região de abrangência da ARS Centro, fornecidos no Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF-2015), publicado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016a) revelam que a prevalência de DM era de 8,3% na população residente com idade entre os 25 e os 74 anos, a segunda mais baixa das cinco regiões de saúde do nosso País.

Em Portugal, conforme consta no despacho n.º 6401/2016 do Ministério da Saúde, a prevenção e controlo da DM tem reflexo no Programa Nacional de Saúde Prioritário – o Programa Nacional para a Diabetes (PND) (Direção Geral da Saúde, 2008; 2017). Este documento existe em Portugal desde a década de setenta tendo sofrido várias atualizações ao longo do tempo. O PND (2008) pretende promover a uniformização das práticas dos profissionais em prol de uma efetiva qualidade clínica, organizacional e de satisfação das pessoas com DM, pelo que define estratégias de intervenção aos três níveis de prevenção por parte dos profissionais de saúde. Este documento visa atingir os seguintes objetivos: gerir de forma integrada a DM; reduzir a prevalência da DM; atrasar o início das complicações major da DM e reduzir a incidência e por fim reduzir a morbilidade e a mortalidade por DM. O PND, atualizado em 2017, permite efetuar um ponto de situação da DM em Portugal em 2016, assim como o que está a ser feito para prevenir e controlar a doença. À luz da ESF, a implementação do PND na prática clínica deverá enfatizar realmente uma intervenção em rede e a implementação de intervenções de enfermagem num paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família, no seu ciclo vital e nos seus processos de transição. Neste sentido, Santos et

al. (2016) acrescentam que o enfermeiro assume um papel relevante na facilitação das transições, que acresce de significado quando se trata de uma transição saúde-doença, como é o caso da DM. Segundo Vilar (2012) sendo a DM uma DC, tem um carácter vitalício e cujas mudanças e a adoção de comportamentos saudáveis favorecedores da autogestão da doença, muitas vezes são difíceis de manter ao longo do tempo. Estas decisões em saúde estão associadas à complexidade do tratamento e à presença ou ausência de sintomas, em vez de benefícios obtidos a longo prazo pela adoção destes comportamentos.

Em suma, as transições demográficas e epidemiológicas que têm vindo a ocorrer nas sociedades modernas, como resultado do envelhecimento da população e do expressivo aumento das DC, entre as quais a DM, compõem um cenário que configura uma nova realidade nas necessidades de cuidados por parte dos indivíduos, das famílias e das comunidades (Vilar, 2012). Esta realidade coloca novos desafios aos serviços de saúde, na sua busca por resultados traduzidos em ganhos em saúde. Segundo a mesma autora, estes, apesar de atribuíveis à ação dos profissionais, estão diretamente relacionados com a capacidade de autogestão/empoderamento (nas suas dimensões clínica, das emoções e de papéis), das pessoas portadoras de DC e das famílias, que com ela(s) convivem diariamente e a cujas exigências e desafios deverão estar habilitados a responder eficazmente.

2.2 O Papel da Família no Empoderamento da Pessoa com Diabetes *Mellitus* Tipo 2

Considerando os dados epidemiológicos da DM, abordados no subcapítulo anterior, que demonstram que o facto da população estar mais envelhecida, representa o aumento das DC, nomeadamente a DM e tendo em consideração que a maioria das pessoas com DM vivem com os seus familiares, é fundamental reconhecer esta estrutura como um suporte de interação e relação mútua e como estratégia de cuidados para os seus membros (Correia, 2018).

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos e o significado da mesma tem-se centrado em diferentes aspetos, de acordo com o paradigma subjacente. Essa mudança tem acompanhado as transformações da sociedade portuguesa nas últimas décadas, alterações que têm ocorrido ao nível da estrutura e organização familiar, no entanto, fundamentalmente, a família manteve-se como unidade emocional e afetiva, espaço privilegiado de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo uma unidade transformativa e auto-organizativa (Figueiredo, 2009). Segundo Figueiredo (2012, p. 67) a família, enquanto unidade social é percebida numa perspetiva sistémica:

“é todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes. Não sendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente, qualquer alteração afetará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar.”

De acordo com a mesma autora (*idem*), a família enquanto grupo evolui ao longo do seu ciclo de

vida, sujeito às transições normativas e acidentais, de acordo também com a sua finalidade. Neste sentido, adoecer corresponde sempre a um momento de crise na vida da pessoa e da sua família. Constitui uma situação de rutura com o estado anterior e a uma transição (Meleis, 2010) que acarreta necessidade de adaptação à nova condição e a mudanças em vários aspetos da vida diária, que no caso da DM assumem um carácter vitalício. Neste sentido, é imperativo que a família recorra à sua capacidade de auto-organização e às suas fontes de suporte de forma a conseguir resolver os problemas (Petronilho, 2007). Assim, na mudança e na adaptação ao processo saúde/doença a família tanto pode assumir-se como um fator de adversidade ou como fator de proteção no processo de adaptação à doença (Figueiredo & Martins, 2009).

Figueiredo (2009) refere que a família influencia de forma marcada o comportamento de saúde dos seus membros, assim como o estado de saúde de cada membro influencia o modo de funcionamento da unidade familiar. Burns et al. (2013) acrescenta ainda que a DM tipo 2 afeta não só a pessoa portadora da doença como toda a família, podendo por um lado causar stresse psicológico ou potenciar a coesão familiar. Neste sentido, a família constitui uma unidade que pode ajudar ou não a pessoa com DM tipo 2 na gestão da doença e a alcançar as metas relativas ao seu tratamento (Wright & Leahey, 2012).

Santos et al. (2012) levaram a cabo um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, cujo objetivo foi conhecer a perceção que as pessoas com DM têm da participação familiar no processo de cuidado à saúde. Neste estudo, concluíram que apesar de alguns indivíduos atribuírem à família a culpa pela não adesão às práticas de controlo da DM, de modo geral, a família é percebida pelo indivíduo diabético como importante fonte de apoio, suporte e cuidados, o que favorece o controle da doença e melhoria na qualidade de vida destes indivíduos. Também Rosland & Piette (2010) na revisão integrativa efetuada, corroboram esta ideia, ao referir que para além da família ser considerada um importante suporte emocional à pessoa com DC, reduzindo o stresse associado à própria doença, também é importante na manutenção da autogestão eficaz do doente, uma vez que costuma influenciar fortemente os alimentos que são trazidos para casa. Assim como na forma de confeção dos alimentos, a família também pode influenciar no tempo que o utente dispõe para realizar atividade física. Ou seja, para este autor, é no seio familiar que muitas vezes se criam os contextos prático, social e emocional para o autocuidado, tornando mais fácil ou mais difícil que a pessoa com DM possa atingir os seus objetivos relacionados com a doença. Os mesmos autores sugerem (*idem*) ainda que o envolvimento ativo dos membros da família pode criar condições para melhorar a autogestão da DM e conseqüentemente facilitar o sucesso do doente.

As pessoas com DM tipo 2 estão inseridas nas suas famílias e no ambiente social mais amplo, sendo que a família é considerada como fonte importante de suporte emocional, no fornecimento de conforto e incentivo quando os doentes enfrentam angústia ou frustração ao longo da vivência da doença e suporte instrumental, que consiste em ajudar a pessoa com DM a realizar tarefas específicas de autocuidado (Santos et al., 2011). Os mesmos autores (*idem*), referem que é importante entender e lidar com o comportamento de todos os que convivem no mesmo lar, uma vez que, a saúde/doença de cada indivíduo, influencia o funcionamento e a dinâmica da família. Neste sentido, a família assume um papel importante no sentido de estimular, incentivar a pessoa

com DM a seguir o tratamento proposto, tendo uma vida mais tranquila e com mais qualidade (*ibidem*). Assim, o apoio familiar revela-se fundamental para lidar com os fatores adversos que a doença acarreta. Burns et al. (2013) fazem também referência ao impacto positivo dos familiares, uma vez que promovem a adoção de alimentação saudável, a prática de exercício físico e ajudam a lidar de forma positiva com os desafios da DM.

Miller & DiMatteo (2013) referem que os níveis baixos de autoeficácia para completar uma atividade com sucesso e o apoio familiar insuficiente estão associados a um baixo nível de autocontrole da DM.

Farias et al. (2020) acrescentam ainda que o envolvimento e apoio da família são fundamentais para o progresso do tratamento e inclusivamente no empoderamento para o autocuidado da pessoa com DM. Neste sentido, o empoderamento a nível da saúde individual refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2015), sendo que é um processo contínuo no qual o conhecimento, a motivação e a capacidade de assumir o controlo da sua doença são construídos dentro da pessoa (Gómez-Velasco et al., 2019). A Ordem dos Enfermeiros (2015) refere que o Empoderamento para a saúde é um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.

Almeida et al. (2019) acrescentam ainda que os programas educacionais baseados no *empowerment* parecem contribuir para uma melhoria da autoeficácia percebida, pelo que poderão ser assumidos como estratégias a aplicar a utentes com DM tipo 2.

O Empoderamento para a saúde da família pode ser entendido como todo o acréscimo de poder que induzido ou conquistado permite aos sistemas familiares aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania (Friedman, 1998 cit Ordem dos Enfermeiros, 2015), considerando que as famílias têm direito à informação sobre a saúde para poderem tomar decisões ajustadas à sua estrutura, desenvolvimento e padrões internacionais que traduzem o seu funcionamento instrumental (referente às atividades da vida quotidiana) e expressivo (referente aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças).

O Empoderamento Familiar centra-se nas potencialidades do sistema, como motor de desenvolvimento de capacidades de forma autónoma, participativa e responsável, contribuindo para a melhoria do nível de saúde dos seus membros (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A educação para a autogestão da DM é uma das atividades centrais na gestão da doença, bem como uma componente essencial nos cuidados para a construção da autonomia, permitindo ao indivíduo e à família, uma adequada adaptação à vida com a doença e à utilização de recursos de *coping* internos para enfrentar os desafios que se iniciam com o diagnóstico e que se prolongam durante toda a vida (Vilar, 2012). Esta autora (*idem*) acrescenta que, sendo detentores de um conhecimento profundo sobre a situação clínica, a pessoa com DM e a família serão capazes de desenvolver e aplicar as estratégias de *coping* e tomar as decisões adequadas a cada um dos obstáculos que surgirão ao longo da vida. Este processo é contínuo e recursivo porque, apesar de na fase inicial da doença ser mais difícil dominar todo o conhecimento necessário, existirão sempre momentos de crise e de menor adesão aos tratamentos, pelo cansaço que as mudanças poderão

ocasionar, ou por outra situação de crise acidental, desenvolvimental ou de saúde/doença (Meleis et al., 2000) que exigirão novos mecanismos de adaptação. Neste sentido, a família revela-se importante no processo de transição saúde/doença, quer como suporte do doente, quer como alvo de intervenção de enfermagem, uma vez que as implicações do diagnóstico desta doença não interferem apenas com a vida da pessoa com DM, mas também com a da sua família, que de repente se vê confrontada com a necessidade de ajudar a controlar a doença e a efetuar mudanças nos seus estilos de vida (Silva, 2007).

Recorrendo ao Modelo Bioecológico de Broffebrenner, as dinâmicas de desenvolvimento humano ocorrem como um processo interativo entre o indivíduo e o contexto através do tempo. Têm como foco principal as interações nas quais o ser humano se apresenta como agente ativo do seu desenvolvimento, capaz de transformar o ambiente e de se transformar (Andreson, 2013). Neste sentido, a família é perspectivada enquanto microssistema que influencia e é influenciada pelo indivíduo em desenvolvimento. Ou seja, a família é considerada um sistema dinâmico (microssistema) que se inter-relaciona com outros sistemas, que mudam com o passar do tempo (cronossistema). O cronossistema, traduzido na forma de transições, como por exemplo o diagnóstico de uma DC, como é o caso da DM, acabam por interferir na dinâmica familiar. O enfermeiro deve estar atento nesta situação na maneira como as pessoas são ou não afetadas por uma experiência particular e também como estes efeitos podem deferir para sujeitos com características biopsicologicamente distintas, mas que estão expostas a processos proximais similares. Segundo o mesmo autor (*idem*), a rede social integra o mesossistema que por sua vez constitui o contexto no modelo processo-pessoa-contexto-tempo (PPCT). Em suma, à luz desta teoria é importante focar o cuidado não só na pessoa, mas também nos diferentes contextos que interferem com o desenvolvimento desse indivíduo.

Granado (2013) concluiu no seu estudo que o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 tem relação significativa com a adesão ao regime terapêutico, ou seja, quanto maior o nível de empoderamento, maior a adesão ao regime terapêutico principalmente nas áreas da alimentação geral, nos cuidados aos pés, na administração terapêutica e na monitorização da glicemia, inferindo que o empoderamento explica 13,7% da variabilidade da adesão ao regime terapêutico.

Zanetti et al. (2008) concluem no seu estudo acerca do cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família, que o apoio do núcleo familiar é fundamental na adesão ao tratamento. Correia (2018) refere que na intervenção do enfermeiro de família na adesão ao regime terapêutico no utente com DM tipo 2, apenas 52% dos participantes recebem ajuda de familiares e amigos ou podem recorrer a eles quando necessitam, resultando em concordância com outros estudos desenvolvidos por Heissam et al., (2015) e Mohebi et al. (2018). O apoio da família revela-se eficaz na melhoria dos comportamentos de autocuidado, e recomenda-se que as famílias e os profissionais de saúde valorizem a necessidade de prestar apoio à pessoa com DM tipo 2 (Heissam et al., 2015; Mohebi et al., 2018).

Mohebi et al. (2018) concluem ainda que há evidência de que o apoio social proporcionado pela família e equipa de saúde pode ter um efeito favorável sobre os comportamentos de autocuidado e controlo da glicemia nas pessoas com DM tipo 2, recomendando que as famílias e os

profissionais de saúde prestem mais atenção às necessidades emocionais e de suporte dos utentes. Para os mesmos autores (idem), as pessoas portadoras de DM que receberam suporte dos seus familiares e amigos apresentam uma melhor adesão aos comportamentos de autocuidado. Este resultado enfatiza a importância da comunicação paciente-família eficiente. É importante notar que, no Irão onde foi efetuado o estudo, a família é a unidade básica das redes sociais onde a pessoa aprende estilos de comportamento. Nesse sentido, as tomadas de decisão relacionadas com o controlo de doenças e medicamentos também são afetadas pelos familiares.

Também Mayberry & Osborn (2014) concluem que se no seio familiar existem comportamentos geradores de conflito, relacionados com os hábitos alimentares, de exercício físico ou de toma de medicação, estes podem constituir barreiras à efetiva autogestão da DM.

Assim, através destes resultados, os cuidados de saúde tendem a ser interpretados tendo em consideração o contexto em que a pessoa com DC vive, uma vez que o mesmo pode desencadear mudanças positivas ou não na vida dos seus membros, que se traduzem no empoderamento para o autocuidado (Macedo et al., 2017; Zanetti et al., 2008). Segundo esta evidência o EF, na sua intervenção nas famílias de pessoas com DM Tipo 2, deverá focar a sua intervenção no sentido de perceber os fatores determinantes do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2, para o poder promover e assim obter maior adesão ao regime terapêutico e consequentemente ganhos em saúde.

2.3 Papel do Enfermeiro na Gestão da Dinâmica Familiar da Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2

Como analisámos nos capítulos anteriores, a família influencia de forma marcada o comportamento de saúde dos seus membros e o estado de saúde de cada indivíduo influencia o funcionamento da unidade familiar. Assim, depreende-se que a família é uma organização central que pode ajudar ou não, a pessoa com DM na gestão da doença e a alcançar as metas do seu tratamento (Wright & Leahey, 2012).

Silva (2007) refere que, no contexto familiar face ao diagnóstico de DM tipo 2, surge a necessidade da redefinição de papéis na organização hierárquica do sistema familiar, no sentido de garantir os cuidados e a manutenção do sistema para a sua funcionalidade estrutural. Esta troca verifica-se entre os diferentes elementos da família em função do envolvimento afetivo e do grau de conhecimento que detêm sobre a doença. Além disso, envolve frequentes adaptações ao nível da dinâmica de relações familiares, não só pela necessidade de garantir cuidados, bem como pelo significado atribuído à doença e necessidade de melhor conhecê-la, como também pelos vínculos estabelecidos com os profissionais de saúde, possibilitando-lhes o acesso mais fácil aos serviços e inserção do cuidado no contexto familiar na sua totalidade e não individualizado à pessoa portadora de DM.

Ao nível da dinâmica familiar, Samuel-Hodge et al. (2013) afirmam que as famílias fazem dois tipos de ajustes ao viver com uma pessoa portadora de DM. Estes ajustes estão relacionados com a

adequação dos papéis familiares e com o ambiente alimentar familiar. Os mesmos autores referem que a adoção de novos papéis pode gerar dificuldades na comunicação familiar, confusão e consequentes conflitos. Segundo Mayberry & Osborn (2014), os conflitos podem estar também relacionados com os hábitos alimentares, de exercício físico ou de toma de medicação e podem constituir barreiras à efetiva autogestão da DM.

Neste âmbito, Burns et al. (2013) afirmam haver um efeito substancialmente negativo no bem-estar emocional dos familiares, ao concluírem que em algumas famílias a obrigação de suporte familiar das pessoas com DM constitui uma experiência penosa, preocupante, frustrante e angustiante, pelas complicações a curto e longo prazo, assim como por não terem conhecimento de como ajudar a pessoa com quem vivem. Por outro lado, os mesmos autores também fazem referências do impacto positivo dos familiares de pessoas com DM, na medida em que promove a adoção de uma alimentação saudável, a prática de exercício físico e ajuda a lidar com os desafios do controlo da DM.

Bennich et al. (2017), na revisão integrativa efetuada, concluem que ser capaz de comunicar, ajudar e partilhar a responsabilidade são consideradas interações de suporte. Por outro lado a pressão, a crítica e a repreensão contrariam esse efeito, sendo que as primeiras diminuem o stresse, melhoram a interação familiar e por conseguinte aumentam a adesão (August et al., 2013). Já as segundas, têm o efeito oposto, promovendo o sofrimento, a ansiedade e a baixa autoestima, pois um comportamento forçado induz a uma resposta emocional negativa sem um efeito positivo nesse âmbito (August & Sorkin, 2010). A este respeito Rosland et al. (2012) acrescentam ainda que o incentivo, por parte da família à autoconfiança, autonomia e realização pessoal para a pessoa com doença, bem como a coesão familiar, estão associadas a melhores resultados de saúde. Também neste estudo (*idem*) se conclui que os comportamentos familiares que enfatizavam o controlo e a superproteção associam-se a resultados negativos.

Tamara et al. (2014) referem ainda que a pessoa com DM tipo 2 terá que obedecer a uma série de mudanças na sua rotina da vida diária, que durarão para a vida toda. O mesmo constitui um desafio para a pessoa com DM tipo 2 e para a sua família, uma vez que a qualquer momento pode surgir o sentimento de tédio e de cansaço em praticar o autocuidado. É neste momento que o apoio da família é necessário, para ajudar a pessoa com DM a aumentar a confiança na sua capacidade de continuar a manter as medidas de autocuidado.

Neste sentido, as interações que ocorrem entre utentes com DM e a família desempenham um importante papel na manutenção das mudanças de estilo de vida e na otimização da autogestão da DM e controlo metabólico. Portanto, o suporte construtivo disponibilizado pela família no que se refere ao planeamento de refeições, lembretes de medicação, controlo de glicémia e atividade física influencia a habilidade para a adoção das atividades do autocuidado e o bem-estar do utente com DM e família (Costa et al., 2012; Oftedal, 2014). Assim, os membros da família podem constituir importantes fontes de suporte instrumental, como o acompanhamento às consultas (Farias et al., 2020; Rosland & Piette, 2010), ajudando a pessoa com DM a manter a comportamentos de adesão ao regime terapêutico, assim como suporte emocional quando disponibilizam conforto e encorajamento em situações adversas. Farias et al. (2020) concluem que a família é a principal

parceira no suporte metabólico e no empoderamento do autocuidado, uma vez que ajuda a pessoa com DM a enfrentar o cotidiano com menos ansiedade. David et al. (2019) acrescentam ainda que a qualidade das relações familiares tem o potencial de afetar os resultados relacionados com a DM.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem tem o seu enquadramento internacional na Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste sentido, o EF surge como o profissional de saúde capaz de promover a autonomia da família na adaptação contínua nos processos de saúde/doença, gerindo e organizando os cuidados de saúde e os recursos internos e externos à família (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O EF assume-se como o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Ordem dos Enfermeiros, 2015), potenciando o desenvolvimento permanente de estratégias de gestão apropriadas a cada família, com vista ao uso dos recursos da comunidade (Baig et al., 2015). É imprescindível que o EF, quando cuida de famílias numa fase de transição em que a doença está presente, tenha em consideração as etapas do ciclo de saúde e de doença da família, de modo a prestar cuidados especializados e responder às suas necessidades.

Também Pamungkas et al. (2017) afirmam que o desenvolvimento de intervenções para a abordagem da pessoa com DM, com o apoio da família é parte integrante da manutenção dos comportamentos de autogestão e da melhoria dos resultados de saúde dos indivíduos com DM tipo 2.

Assim, a situação de dependência/doença resultante do processo natural de DC de um dos membros da família, inerente muitas vezes ao processo de envelhecimento, pode colocar em risco a harmonia deste sistema, exigindo a adaptação da família, para enfrentar a situação de crise, pois dela advêm necessidades acrescidas. É da competência do EF conhecer plenamente a dinâmica familiar, os fatores que a influenciam, as formas de enfrentarem situações problemáticas e as relações com o contexto social em que esta se insere. Envolver a família no cuidar proporciona e mantém o direito que a família tem de estar unida, proporciona conforto e tranquilidade ao doente e família, bem como a oportunidade da família expressar as suas preocupações e necessidades. Além disso, permite reduzir a ansiedade/medo da dependência, apreciar as necessidades constantes de cuidados ao seu familiar e participar nos mesmos, favorecendo uma intensificação da relação e, promovendo o sentimento de utilidade, compreensão e satisfação.

Assim, o EF ao conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, promove a consciencialização de todos os intervenientes, das reais dificuldades/necessidades e adaptações exigidas pelas novas situações que geram instabilidade, garantindo, um cuidado de enfermagem científico, partilhado, holístico e, por conseguinte, mais humanizado e facilitador do alcance de um processo de transição saudável, como é o caso do diagnóstico e manutenção da DM (Meleis, 2010). Segundo Almeida et al. (2019) e Powers et al. (2015) os programas de educação e apoio para a autogestão (*empowerment*) na DM proporcionam benefícios importantes para as pessoas durante um processo de transição e este

pode ser um recurso eficaz na promoção de transições saudáveis, pois através dele, profissionais de saúde, pessoa e familiares identificam *déficits*, preocupações, recursos e pontos fortes com o intuito de desenvolver planos de tratamento e autogestão práticos e realistas. Com efeito, 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 em colaboração com a equipa de saúde.

Por tudo o que foi referido, a evidência revela que a intervenção do EF junto da pessoa com DM deve ser baseada na estratégia do empoderamento do utente e das suas famílias, no sentido de os tornar mais autónomos e com maior nível de autoeficácia psicossocial (*empowerment*), que se refere à vontade e à capacidade das pessoas em se empenharem em variadas mudanças comportamentais a nível preventivo e de gestão da doença, englobando várias dimensões como a gestão de aspetos psicossociais da diabetes, a insatisfação com o tratamento, a prontidão para mudar e para estabelecer e atingir objetivos relacionados com a DM (Almeida et al., 2019).

3. METODOLOGIA

Neste subcapítulo apresentam-se as principais opções metodológicas consideradas de acordo com a problemática em estudo, explanada na questão de investigação e consequentes objetivos do estudo. Para além de definir o tipo de estudo, é definida a população e a amostra, são descritas as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como as questões éticas que foram tidas em consideração e os recursos necessários para concretizar a investigação.

3.1 Tipo de estudo

No presente estudo optou-se por uma metodologia de investigação quantitativa, que segundo Fortin (2009), constitui um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e que possibilita ao investigador compreender um fenómeno de forma objetiva e de modo estruturado, que permite gerar conhecimento.

Neste sentido, optámos por um estudo quantitativo, observacional, transversal e correlacional. Observacional porque permite verificar os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a interferência ou manipulação do investigador (Fortin, 1999). É transversal porque permite estudar um determinado fenómeno num dado momento. É ainda um estudo correlacional porque pretende verificar a natureza (força e direção) das relações que existem entre variáveis (Fortin, 1999).

3.2 População e Amostra

A população deste estudo é constituída pelas pessoas com diagnóstico de DM tipo 2 inscritas na consulta de vigilância de DM na UCSP de Miranda do Corvo, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Pinhal Interior Norte (PIN), da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

Com o objetivo de conhecer a dimensão da população com as características descritas, foi realizado um pedido escrito ao Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações da ARS Centro, após o parecer positivo da coordenadora da Unidade Funcional, respeitando assim todos os requisitos éticos inerentes e o Regulamento Geral de proteção de dados da instituição. Os dados fornecidos indicaram que no dia 06 de abril de 2021 a UCSP de Miranda do Corvo tinha 232 pessoas com DM tipo 2, das quais 199 estavam a ser seguidas em consulta de vigilância de DM há mais de um ano, constituindo este número a população do nosso estudo.

Considerando este universo, para a constituição da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; pessoas com DM tipo 2, seguidas, há mais de 1 ano, em consulta de vigilância de DM na UCSP de Miranda do Corvo; pessoas que compreendam e falem português.

Quanto aos critérios de exclusão definidos para o estudo, foram considerados: pessoas com DM tipo 1; DM gestacional; outros tipos específicos de diabetes que correspondem a situações em que a DM é consequência de um processo etiopatogénico identificado (DGS, 2011); pessoas com diagnóstico de doença mental ou demência diagnosticada (segundo diagnóstico apresentado no sistema informático “*SClinico*”), que compromettesse a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

A amostra foi constituída por todos aqueles que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão definidos e que demonstraram disponibilidade para participar neste estudo, sendo portanto, uma amostragem não probabilística e acidental (Fortin, 1999). Derivado das circunstâncias de tempo limitado de estágio e do contexto de pandemia de Covid-19, a amostra deste estudo ficou constituída por 112 pessoas com DM tipo 2.

3.3 Hipóteses em estudo

Após a definição da questão de investigação e dos objetivos do estudo, que já foram apresentados no início da parte dedicada ao estudo empírico, foram definidas as seguintes hipóteses, as quais iremos validar com base na análise dos dados em estudo:

H1 – A variável HbA1c tem relação significativa com o empoderamento da pessoa com DM tipo 2;

H2 – As variáveis de caracterização sociodemográfica da pessoa e familiar têm relação significativa com o empoderamento da pessoa com DM tipo 2.

H3 – A variável funcionalidade familiar tem uma relação significativa com o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2.

H4 – A variável o Suporte Familiar tem uma relação significativa com o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2.

3.4 Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um formulário (APENDICE I), constituído por quatro partes. A parte inicial do formulário, dedicada à caracterização

sociodemográfica e familiar dos participantes, permitiu caracterizar a amostra em estudo, pela análise de diversas variáveis, nomeadamente idade, sexo, estado civil, tipo de família e classificação social, recorrendo à utilização da Classificação Social e Internacional desenvolvida pelo Professor Graffar, em Bruxelas, em 1956 e adaptada para a população portuguesa em 1990, sendo atualizada por Amaro, em 2001 (Figueiredo, 2012). A segunda parte, referente à caracterização clínica dos participantes do estudo, incluía um breve questionário com algumas questões relacionadas com as variáveis clínicas da pessoa com DM, nomeadamente peso em quilogramas (kg), altura em metros (m), IMC em quilogramas por metro quadrado (kg/m²), TA em milímetros de Mercúrio (mmHg), FC em pulsações por minuto (ppm), HgA1c em percentagem (% HgA1c), tempo de diagnóstico da DM, número de consultas de enfermagem realizadas no último ano, regime terapêutico e medicamentoso, limitações no desenvolvimento de atividade física e presença de feridas nos MI. A terceira parte tinha como objetivo recolher dados que permitissem obter informação relativa ao grau de empoderamento da pessoa com DM tipo 2, através da aplicação da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes - Versão Breve (M. Aveiro et al., 2015). A última parte permitiu recolher dados acerca da família da pessoa com DM, bem como das relações que estabelecem e da própria dinâmica familiar. Para isso foram utilizadas as escalas APGAR Familiar de Smiklstein (Agostinho & Rebelo, 1988) e o Inventário de Perceção de Suporte Familiar – IPSF (Gonçalves et al., 2016).

De seguida apresentamos uma breve descrição de cada uma das escalas utilizadas no instrumento de recolha de dados e as suas características psicométricas.

Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 1990 e atualizada em 2001)

A classificação social segundo Graffar é de caráter internacional e foi estabelecida em Bruxelas (Bélgica) pelo Professor Graffar em 1956, tendo sido inicialmente adaptada para a população portuguesa por Amaro em 1990, e atualizada pelo mesmo autor em 2001 (Figueiredo, 2012). Esta escala permite, numa abordagem multidimensional de saúde familiar, avaliar as condições socioeconómicas da família tendo em vista a identificação da sua classe social. Possibilita também, prever as condições de risco, bem como as alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial. Esta medição baseia-se no estudo de um conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita.

A cada família é atribuída uma pontuação para cada um dos cinco critérios e, numa segunda fase, obtém-se o escalão que a família ocupa na sociedade com a soma destas pontuações. No presente estudo, a escala de Graffar foi aplicada ao elemento do agregado familiar que tem maior cotação em cada item. A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social: classe I – alta, 5 a 9 pontos; classe II – média/alta, 10 a 13 pontos; classe III – média, 14 a 17 pontos; classe IV – média/baixa, 18 a 21 pontos; classe V – baixa, 22 a 25 pontos. Esta é uma escala de fácil utilização, tendo-se revelado um instrumento adequado para classificar a classe socioeconómica.

No caso de não ser possível classificar um dos itens, a família deve ser classificada utilizando os aplicáveis. Acontecem casos em que apenas são considerados 3 ou 4 itens da Escala de Graffar. Recorremos nestas situações a uma correspondência diferente da apresentada entre scores totais e a notação social da família.

Tem sido usada em variados estudos portugueses, tais como: Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar (Monteiro, 2019); Intervenção do Enfermeiro de família na Adesão ao Regime Terapêutico no utente com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (Correia, 2018); Impacto da Atividade Física Habitual na Independência Funcional da Pessoa Idosa em Contexto de Centros de Dia (Henriques, 2013), entre muitos outros.

Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes - Versão Breve (Aveiro et al., 2015)

No que se refere aos dados sobre a capacidade de autocontrolo, foi utilizada a Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – versão breve, testada e validada para português, por Aveiro et al. (2015), resultando da escala original em inglês “*Diabetes Empowerment Scale - Short Form*” (DES-SF). Este questionário é constituído por oito itens que pretendem mensurar a capacidade para: 1) A gestão dos aspetos psicossociais da diabetes; 2) A insatisfação com o tratamento e a prontidão para mudar; 3) A capacidade para estabelecer e atingir objetivos da DM. Os participantes podem posicionar as suas respostas numa escala tipo *likert* que varia entre os valores de 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). A pontuação final é realizada somando o total de itens e dividindo pelo número de itens, esta pode variar de: 1 a 2,3 (considerada baixa), de 2,4 a 3,7 (média) e de 3,8 a 5 (alta) (Torres et al., 2017). Os valores mais elevados (> 3) sugerem uma maior perceção de autoeficácia psicossocial.

No estudo de Aveiro et al. (2015), estes autores verificaram que a Escala de Capacitação da Diabetes – Versão Breve (DES-SF) revelou ser uma escala fiável para medir a capacitação em doentes diabéticos em Portugal, apresentando um *alfa Cronbach* de pelo menos 0,9 em cada item e em 2 itens 1.0. Além disto, verificou-se uma correlação positiva entre o valor médio da DES-SF e os níveis de HbA1c.

APGAR Familiar de Smilkstein (Agostinho & Rebelo, 1988)

A funcionalidade familiar foi avaliada através do APGAR Familiar de Smilkstein, que permitiu mensurar a satisfação de cada membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes elementos. O modo como os membros da família interagem entre si e com os outros leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais.

Este instrumento foi criado por Gabriel Smilkstein, da Universidade de Washington em Seattle, em 1978, numa tentativa de responder às necessidades de avaliação do funcionamento familiar (Smilkstein, 1978, 1984; Smilkstein et al., 1982) e posteriormente traduzido e adaptado para a população Portuguesa por Agostinho & Rebelo (1988). É constituído por cinco questões que

permitem avaliar: a Adaptação (*Adaptability*) que se reporta à partilha de recursos e à satisfação dos membros da família relativamente à assistência que recebe; a Participação (*Partnership*), que diz respeito ao modo como as decisões são partilhadas e à satisfação sobre a reciprocidade dos processos comunicacionais; o Crescimento (*Growth*) refere-se à perceção da flexibilidade familiar relativamente à mudança de papéis e à concretização do crescimento individual; o Afeto (*Affection*) associado à satisfação relativa à partilha de experiências emocionais e de intimidade; a Decisão (*Resolve*) referente à satisfação da partilha de tempo, espaço e recursos no contexto das famílias (Figueiredo, 2012). As respostas são cotadas de 0 (quase nunca), 1 (algumas vezes) e 2 (quase sempre) e cada questão diz respeito à satisfação do elemento com cada uma das áreas/questões. Para avaliação do APGAR Familiar de Smilkstein, a escala deve ser aplicada a cada membro individualmente. Os resultados são obtidos através do somatório das respostas de cada item, tendo em conta que uma cotação mais elevada indica uma maior satisfação com o funcionamento familiar. As pontuações podem variar entre 0 e 10 pontos. Classificando-as como: Família altamente funcional (pontuação de 7 - 10), família com moderada disfunção (pontuação de 4 - 6) e família com disfunção acentuada (pontuação de 3 - 0).

O APGAR Familiar, utilizado como um teste de avaliação da funcionalidade familiar, é amplamente utilizado em várias populações com características diferentes. Nos estudos realizados, este instrumento obteve sempre valores do *alfa de Cronbach* superiores a 0,80, o que indica que o instrumento apresenta uma adequada consistência interna na avaliação da funcionalidade familiar nestas populações (Smilkstein et al., 1982)

Num estudo realizado em idosos brasileiros, Silva et al. (2014) obtiveram um *alfa de Cronbach* de 0,80 e um coeficiente de discriminação entre 0,52 e 0,68, o que indica que este instrumento pode ser utilizado confiavelmente na população idosa.

Inventário de Perceção de Suporte Familiar – IPSF (Gonçalves et al., 2016)

O Inventário de Perceção de Suporte Familiar (IPSF) (Baptista, 2005) é um instrumento original do Brasil, o qual foi adaptado culturalmente para a população Portuguesa por Gonçalves et al. (2016). A escala é autoaplicada e composta por 41 itens e com uma pontuação tipo Likert de três pontos, com variação de zero a dois (quase nunca ou nunca = 0; às vezes = 1; quase sempre ou sempre = 2), e que resulta num score total de perceção de suporte familiar, podendo ser avaliada apenas a familiar nuclear ou a constituída. Os scores variam de 0 a um máximo de 82 pontos.

A pontuação obtida é transformada em percentil e classificada como baixo, médio baixo, médio alto ou alto. Quanto maior a pontuação de todas as dimensões desta escala, melhor é o suporte familiar na perceção da pessoa.

O inventário é dividido em três dimensões, sendo estas: 1) Afetivo-consistente, composta por 22 itens sobre relações afetivas positivas, carinho, proximidade, clareza de papéis e regras dos membros da família e competência na resolução de problemas; 2) Adaptação com 11 itens sobre sentimentos negativos sobre a família, tais como raiva, isolamento, exclusão, vergonha,

incompreensão e interesse, sendo que esse fator deve ser pontuado inversamente; e 3) Autonomia com oito itens sobre relações de confiança, liberdade e privacidade.

O índice de fiabilidade quando aplicados à população portuguesa por Gonçalves et al. (2016) baseados no *alfa de Cronbach* como um todo foi de 0,86. No que diz respeito às dimensões, a Afetivo-consistente apresentou um alfa de 0,95, a dimensão Adaptação, um alfa de 0,92 e a dimensão Autonomia, um alfa 0,87. Quanto maior a pontuação no instrumento, melhor o suporte familiar percebido pela pessoa.

Num estudo em idosos brasileiros Baptista et al. (2018) os autores obtiveram um alfa de *Cronbach* de 0,89 e com cargas fatoriais que variam entre 0,70 e 0,92, o que indica que este instrumento pode ser utilizado confiavelmente na população idosa.

Tendo em consideração os objetivos definidos para este estudo e por forma a dar resposta à questão de investigação formulada, foram selecionadas as variáveis em estudo e operacionalizadas através do instrumento de colheita de dados e descritas no quadro 2.

Quadro 2 - Identificação das variáveis em estudo e respetiva classificação

Tipos e Variáveis	Variáveis
Variável Dependente	Empoderamento (perceção de auto-eficácia) da pessoa com DM tipo 2
Variáveis Independentes	<ul style="list-style-type: none"> ○ HbA1c ○ Características Sociodemográficas e familiares ○ Funcionalidade familiar ○ Suporte Familiar
Variáveis de Atributo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Demográficas: idade, sexo ○ Sociais: Classificação Social e Internacional de <i>Graffar</i> ○ Clínicas (peso, altura, IMC, TA, FC, HgA1c, tempo de diagnóstico da DM, regime terapêutico e medicamentoso, limitações no desenvolvimento de atividade física e presença de feridas nos MI) ○ Outras: Estado civil, tipo de família, nº de consultas de enfermagem no último ano

No sentido de aferir o instrumento de colheita de dados e verificar a necessidade de efetuar alguns ajustes, o formulário anteriormente descrito foi sujeito a um pré-teste. Este foi realizado no período de 13 a 17 de julho de 2020, a doze indivíduos com características semelhantes às dos participantes neste estudo, de modo a garantir se o vocabulário utilizado se apresentava acessível e se era compreendido pelos participantes ou se seria necessário reformular alguma questão, tendo em consideração os objetivos do estudo. Deste pré-teste surgiram algumas alterações, nomeadamente a introdução de novas opções de resposta ao nível do regime terapêutico e medicamentoso, bem como a introdução de uma questão relativa ao utente sentir alguma limitação que não permita desenvolver atividade física, uma vez que se constatou que

este ponto do regime terapêutico não era efetuado por alguns participantes do pré-teste, por apresentarem algum tipo de incapacidade ou limitação ou somente por falta de motivação.

3.5 Procedimento de recolha de dados

A colheita de dados decorreu na UCSP de Miranda do Corvo, no período de 3 de novembro de 2020 a 28 abril de 2021, aos utentes que recorreram à consulta de DM, ou noutra deslocação à Unidade, e que cumpriam os critérios anteriormente descritos. Os utentes foram previamente identificados através da consulta do sistema informático pelos enfermeiros adstritos à UCSP referida. Após esta identificação, os potenciais participantes foram abordados e convidados a participar no estudo, e caso a resposta fosse positiva foi lida e assinada a declaração de consentimento livre e esclarecido (APENDICE I). Posteriormente foi aplicado o instrumento de recolha de dados (APENDICE II) no momento da consulta de enfermagem, efetuada no âmbito do estágio de natureza profissional. Caso o utente estivesse acompanhado pelo(s) elemento(s) do seu agregado familiar, este(s) foi(ram) também convidado(s) a participar no estudo, após o seu consentimento livre e esclarecido, no sentido de avaliar o APGAR Familiar. Caso contrário, posteriormente, foi estabelecido contato com a família, no sentido de terminar o preenchimento do formulário. As entrevistas decorreram dentro do gabinete de enfermagem e duraram em média cerca de 30 minutos.

Foram convidados a participar no estudo 116 pessoas com DM tipo 2 que se enquadravam nos critérios do estudo, sendo que 4 se recusaram participar. Como foi referido anteriormente, foram entrevistados 112 utentes com DM Tipo 2, que se enquadravam nos critérios de inclusão.

3.6 Procedimentos éticos

A investigação que envolve seres humanos levanta questões morais e éticas, bem como a própria metodologia de investigação determina a natureza dos problemas que podem surgir. Em qualquer investigação é importante tomarmos as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam. Fortin (2000) refere os seguintes princípios éticos no respeito pela dignidade humana: 1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes e 7) a otimização das vantagens.

Tendo em conta estes princípios, esta investigação teve em consideração os fundamentos da Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo, do Código de Nuremberga (Fortin, 1999) e o Regulamento Nacional de Proteção de Dados, conforme o descrito na lei nº 58/2019. Assim, foram pedidas autorizações para a aplicação deste estudo às entidades competentes, nomeadamente formalização do pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS-Centro, da qual

obtivemos parecer favorável conforme despacho de 10 de setembro de 2020 (ANEXO I), tendo já um parecer favorável da Coordenadora da UCSP de Miranda do Corvo. Também foram solicitadas e obtidas as respetivas autorizações aos grupos de trabalho que traduziram, testaram e validaram as escalas para a população portuguesa utilizadas neste estudo, e já referidas anteriormente (ANEXO II e III). A participação dos participantes foi voluntária, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos foram sempre garantidos, atribuindo-se uma codificação numérica a cada participante e reservando o acesso aos dados e posterior análise apenas aos investigadores envolvidos no estudo. Não foi registada qualquer informação que permitisse a identificação dos utentes e todos os dados para identificação dos participantes foram fornecidos pelos profissionais das unidades do estudo não sendo consultados diretamente pela estudante/investigadora.

3.7 Procedimento de análise dos dados

O tratamento de dados foi efetuado com recurso ao programa informático IBM® *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) para *Windows*, versão 25, com recurso a estatística descritiva e inferencial, tendo em conta as características assumidas pelas variáveis em estudo.

Neste sentido, e com o intuito de dar resposta aos objetivos formulados no presente estudo, recorreu-se à estatística descritiva para análise e tratamento de dados, uma vez que, segundo Fortin (2009), esta torna possível o resumo de toda a informação numérica de modo estruturado.

De forma a facilitar a identificação das variáveis medidas na amostra e que a caracterizam, optou-se por apresentar a informação sob a forma de tabelas, no sentido de os analisar segundo a distribuição das frequências, percentagens, medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Para além da análise descritiva, com já foi referido anteriormente, foi utilizada ainda a análise inferencial, com o intuito de verificar se houve ou não relação estatisticamente significativa entre a variável dependente e as variáveis independentes em estudo.

Começou-se por avaliar a normalidade da distribuição dos dados das variáveis. Dado a amostra ser superior a 50 elementos foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors (Hill & Hill, 2008; Laureano, 2011). Considera-se a existência de dúvidas quanto à normalidade das variáveis se os níveis de significância forem baixos (inferiores a 5%) (Pereira, 2006; Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

Na Tabela 1 apresentam-se os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis em estudo inferencial. A sua análise evidencia uma distribuição significativa em todas variáveis, o

que permite duvidar de uma distribuição adequadamente normal. Para amostras grandes, $n \geq 20$, a distribuição de T tende para a normal (distribuição assintótica) (Galvão de Melo, 1985, citado por Pestana & Gageiro, 2008), o que não acontece no nosso estudo.

Tabela 1 – Teste de Kolmogorov-Smirnov de aderência à normalidade

Variáveis		Kolmogorov-Smirnov	
		K-S	Sig.
HgA1c		0,146	0,000
Graffar		0,330	0,000
DES-SF		0,086	0,039
APGAR	Elemento A	0,302	0,000
	Elemento B	0,243	0,000
	Total	0,249	0,000
IPSF		0,216	0,000

Na escolha da estatística inferencial a utilizar, optou-se, então, pela não paramétrica para o tratamento dos dados, dado que a amostra não cumpria todos os requisitos para a utilização dos testes paramétricos, nomeadamente o pressuposto da normalidade da distribuição.

O **Coefficiente de correlação rho de Spearman** determina o grau de associação entre variáveis (para variáveis quantitativas) ou as ordens dessas variáveis (para variáveis ordinais). É utilizado como alternativa ao R de Pearson, dado não exigir que os dados provenham de duas populações normais. (Pereira, 2006; Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008).

O **Teste U de Mann-Whitney para duas amostras independentes** aplica-se quando se pretende testar a igualdade de duas distribuições populacionais, isto é, permite comparar as médias das ordenações (mean ranks – MRk) de duas amostras aleatórias independentes (Laureano, 2011). É utilizado como alternativa ao teste t , quando este não se pode aplicar por violação dos seus pressupostos (nomeadamente o da normalidade). Para isso é necessário que a forma das distribuições seja a mesma para os dois grupos, ou seja, que a variância das variáveis em estudo sejam as mesmas nos dois grupos (Pereira, 2006). As diferenças entre as variáveis não violam grosseiramente a condição de simetria das suas distribuições nem a igualdade das suas variâncias, pelo que estão reunidas as condições de aplicação do teste.

O **Teste de Kruskal-Wallis** é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal. É também uma alternativa ao teste One-Way Anova e é utilizado quando não se encontram reunidos todos os pressupostos, nomeadamente a normalidade e a igualdade das variâncias. Este teste pode ser usado para testar se duas ou mais amostras provêm de uma mesma população ou se de populações diferentes. Permite ainda verificar se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008). Isto é, permite identificar em qual ou quais dos grupos as distribuições são significativamente diferentes.

Para os testes de hipóteses foi definido um nível de significância critério de 0,05, dado ser o valor normalmente adotado em pesquisas na área das ciências sociais (Pereira, 2006; Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008; Pais Ribeiro 2008).

Para além da análise mencionada, procedeu-se à análise da consistência interna das escalas usadas neste trabalho de investigação, através do valor *alfa de cronbach* e posteriormente classificação de acordo com Murphy Dasvisholder (1988) citado em Peterson (1994), considerando-se elevada (superior ou igual a 0,9), moderada a elevada (entre 0,8 e 0,9), baixa (entre 0,6 e 0,7) e inaceitável (inferior a 0,6), conforme o valor obtido.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo do presente capítulo são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Inicialmente são descritas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes que compõem a amostra. Posteriormente, são apresentados os resultados decorrentes da avaliação efetuada por meio das escalas já mencionadas, DES-DF, Graffar, APGAR Familiar, IPSF, assim como a verificação do significado estatístico entre as variáveis definidas para este estudo. Os resultados do estudo são apresentados em tabelas, com uma breve análise das mesmas.

4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo

A caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo, encontra-se expressa na Tabela 2 onde são apresentados os resultados relativos à idade, sexo, estado civil, tipo de família, Classificação Internacional e Social de Graffar (CSIG) e situação profissional.

Realizando a análise da Tabela 2, pode verificar-se que a amostra foi composta por 112 indivíduos, sendo que 51,8% são do sexo feminino e 48,2% são do sexo masculino, com uma média de idades de $67,18 \pm 8,98$ anos, com intervalo mínimo de 44 anos e máximo de 87 anos, sendo que os grupos etários mais representativos são constituídos pelos participantes com idades entre os 56 e os 65 anos (35,7%), e os que apresentam entre os 66 e os 75 anos (33,0%). O menos representativo é o grupo etário entre os 45 e os 55 anos (9,8%).

A maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto 76,8%, sendo por isso 66,1% constituído por famílias nucleares. Curiosamente cerca de 17,0% são famílias unitárias, 9,8% vivem em famílias alargadas e 3,6% são famílias reconstituídas ou monoparental. Relativamente ao CSIG verificamos que o grupo de participantes mais representado no presente estudo pertence à classe IV, que corresponde a classe média-baixa (51,8%). Por fim, constatou-se que a maioria dos participantes se encontram reformados, com 67,9%.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo (n=112)

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
45 – 55	11 (9,8)
56 – 65	40 (35,7)
66 – 75	37 (33,0)
Superior a 75	24 (21,5)
Sexo	
Masculino	54 (48,2)
Feminino	58 (51,8)
Estado Civil	
Solteiro	3 (2,7)
Casado/União de Facto	86 (76,8)
Viúvo	13 (11,6)
Divorciado	10 (8,9)
Tipo de Família	
Unitária	19 (17,0)
Monoparental	4 (3,6)
Alargada	11 (9,7)
Reconstituída	4 (3,6)
Nuclear	74 (66,1)
CSIG	
Classe I	1 (0,9)
Classe II	2 (1,8)
Classe III	51 (45,5)
Classe IV	58 (51,8)
Classe V	0 (0)
Situação Profissional	
Desempregado	3 (2,7)
Reformado	76 (67,9)
No Ativo	33 (29,4)

Especificamente em relação a cada item que constitui a CSIG, tal como se apresenta na Tabela 3, é de salientar que, no que respeita ao nível de instrução, 74,1% dos participantes possui o ensino primário completo, e apenas 11,6% possui 12 ou mais anos de escolaridade. Quanto à situação profissional, verifica-se que 67,9% dos participantes estão reformados. Dos participantes apenas 29,5% estão no ativo, e destes 18,8% corresponde a trabalhadores manuais ou operários não especializados e apenas 1,8% corresponde a grandes empresários, gestores de topo público e privado, professores universitários e altos dirigentes políticos. No que se refere a fontes de rendimento familiar, em 63,4% dos participantes resultam de vencimentos incertos, são pensionistas ou reformados ou têm remuneração igual ou inferior ao salário mínimo nacional. Ainda neste âmbito, relativamente ao conforto do alojamento, constatou-se que 68,7% dos participantes vivem em casas ou andares modestos, bem constituídos e em bom estado de conservação e a maioria vive em zona residencial intermédia (52,7%). Não se identificou, porém, nenhuma situação em que o participante residisse em alojamentos impróprios para uma vida digna. A subdimensão da escala que apresentou maior valor de média foi a situação profissional ($4,36 \pm 1,02$), conforme se verifica na Tabela 24 apresentada no Apêndice III.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar por dimensões (n=112)

Variáveis	n (%)
Graffar – Nível de Instrução	
1º Grau	3 (2,7)
2º Grau	0 (0,0)
3º Grau	10 (8,9)
4º Grau	83 (74,1)
5º Grau	16 (14,3)
Graffar – Rendimento familiar	
1º Grau	0 (0,0)
2º Grau	1 (0,9)
3º Grau	38 (33,9)
4º Grau	71 (63,4)
5º Grau	2 (1,8)
Graffar – Conforto da habitação	
1º Grau	0 (0,0)
2º Grau	29 (25,9)
3º Grau	77 (68,7)
4º Grau	6 (5,4)
5º Grau	0 (0,0)
Graffar – Aspeto do bairro onde habita	
1º Grau	0 (0,0)
2º Grau	42 (37,5)
3º Grau	59 (52,7)
4º Grau	11 (9,8)
5º Grau	0 (0,0)
Graffar – Situação profissional	
1º Grau	2 (1,8)
2º Grau	0 (0,0)
3º Grau	2 (1,8)
4º Grau	11 (9,8)
5º Grau	21 (18,8)

4.2 Caracterização clínica dos participantes em estudo

Na Tabela 4, é apresentada a informação que permite a caracterização clínica dos participantes em estudo, nomeadamente no que se refere a valores antropométricos, TA, HgA1c, regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso, complicações da DM e limitações para o desenvolvimento de atividade física e presença de feridas nos MI.

Na referida Tabela verifica-se que dos 112 indivíduos sobre os quais incidiu o presente estudo e em concordância com a Direção Geral da Saúde (2013), 39,3% estão caracterizados com pré-obesidade e apenas 9,8% apresentam peso normal, sendo que a medida de peso corporal se situa nos $82,84 \pm 16,1$ kg e a média da altura é $163,12 \pm 9,01$ cm e de IMC $31,1 \pm 5,32$ kg/m², com um mínimo de 19,8 kg/m² e máximo de 49,4 kg/m². No que se refere aos valores de TA 36,6% dos participantes estão caracterizados com tensão normal de acordo com a norma 020/2011 da DGS atualizada em 2013, 27,7% apresentam TA normal/alta e 35,7% apresenta algum Grau de HT.

Na caracterização clínica de um utente com DM, assume especial importância o valor da HgA1c inferior a 7%, meta proposta na norma 052/2011 atualizada em 2015 da DGS, neste estudo 62,5% enquadram-se neste valor e uma percentagem significativa apresenta HgA1c superior a 7% (37,5%). Relativamente ao desenvolvimento de complicações decorrentes da DM, em particular o desenvolvimento de feridas nos MI, verifica-se que 3,6% dos participantes apresentavam feridas, localizadas nos dedos do pé. Verificamos também que 42% dos participantes possui DM há mais de 10 anos. Ao analisar o regime terapêutico que inclui regime medicamentoso e não medicamentoso, concluímos que 79,8% toma antidiabéticos orais, sendo que destes 14,3% não efetua outro regime terapêutico associado, quer medicamentoso, quer não medicamentoso. Dos participantes que tomam antidiabéticos orais, 59,8% dos participantes associa cuidados com a alimentação e destes 24,1% ainda associa a prática de exercício físico regular. Também se verificou que 29,5% dos participantes do estudo referem apresentar limitações físicas que impedem a prática de exercício de forma regular, entre as quais: osteoartroses sobretudo ao nível dos joelhos e coluna, cansaço fácil devido a problemas respiratórios e cardíacos, deficit visual acentuado, vertigens e obesidade. Quanto à vigilância da DM, 65% dos participantes fez pelo menos uma consulta de enfermagem no último ano.

Tabela 4 – Caracterização Clínica dos participantes em estudo (n=112)

Variáveis	n (%)
IMC (kg/m ²)	
Baixo Peso (17 – 18,4)	0 (0,0)
Peso Normal (18,5 – 24,9)	11 (9,7)
Pré-obesidade (25 – 29,9)	44 (39,3)
Obesidade I (30-34,9)	31 (27,7)
Obesidade II (35 – 39,9)	21 (18,8)
Obesidade III (superior a 39,9)	5 (4,5)
TA (mmHg)	
Normal	41 (36,6)
Normal Alta	31 (27,7)
HTA Grau I	26 (23,2)
HTA Grau II	12 (10,7)
HTA Grau III	2 (1,8)
HgA1c (%)	
Inferior ou igual a 7%	70 (62,5)
Superior a 7%	42 (37,5)
Tempo de Diagnostico DM (anos)	
1 a 5 anos	42 (37,5)
5 a 10 anos	23 (20,5)
Superior a 10 anos	47 (42,0)
Nº de Consultas de Enfermagem	
1 consulta	73 (65,2)
2 consultas	35 (31,2)
3 consultas	4 (3,6)
Regime Terapêutico medicamentoso e não medicamentoso	
Só Medicação Oral	16 (14,3)
Só Insulina	0 (0,0)
Medicação Oral e insulina ou outros injetáveis	7 (6,3)
Só outros injetáveis	0 (0,0)
Só alimentação e atividade física	7 (6,3)
Só alimentação	1 (0,8)
Só atividade física	0 (0,0)
Só Medicação oral e alimentação	40 (35,7)
Só medicação oral, alimentação e atividade física	27 (24,1)
Só insulina e alimentação	6 (5,4)
Só insulina, alimentação e atividade física	7 (6,3)
Só alimentação e outros injetáveis	1 (0,8)
Só atividade física e outros injetáveis	0 (0,0)
Só alimentação e atividade física e outros injetáveis	0 (0,0)
Limitação Física	
Sim	33 (29,5)
Não	79 (70,5)
Presença de feridas nos MI	
Sim	4(3,6)
Não	108 (96,4)

4.3 Consistência interna das escalas DES-SF, APGAR Familiar, IPSF e Graffar

Como se referiu anteriormente, por forma a estimar a confiabilidade das escalas utilizadas neste estudo, procedeu-se ao cálculo do *alfa de Cronbach*, nomeadamente para a DES-SF, APGAR Familiar, IPSF e escala de Graffar.

Relativamente à consistência interna da DES-SF foi avaliada utilizando o coeficiente *alfa de Cronbach* para os 8 itens que a constituem, indicando uma boa consistência interna ($\alpha = 0,856$), conforme consta na Tabela 5. A análise de correlação item-total assume valores entre 0,444 e 0,665, o que revela uma boa homogeneidade dos itens da escala. A análise ao *alfa de Cronbach* para os itens excluídos, indica que todos eles exercem um efeito positivo na consistência interna da escala, pelo que qualquer item que fosse eliminado diminuiria o α total da escala.

Quando comparada a consistência interna da DES-SF com outros estudos anteriores, verificamos que obtivemos valores intercalares, sendo que no estudo de Aveiro et al. (2015) apresenta uma consistência interna mais elevada (0,871) e no estudo de Sousa et al. (2019) apresenta uma consistência interna menor (0,83), embora em todos os estudos os resultados demonstram a confiabilidade da escala.

Tabela 5 – Caracterização da Consistência Interna da DES-SF por dimensão através do cálculo de *Alfa de Cronbach* e comparação com outros estudos

Em geral eu acredito que:	Correlação Item-Total	α Cronbach Item excluído	Aveiro et al. (2015)	Sousa et al. (2019)
1. ... sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com as quais estou insatisfeito	0,536	0,845	0,990	0,867
2. ... consigo atingir as metas relativas à minha diabetes	0,665	0,830	0,988	0,792
3. ... posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes	0,646	0,833	0,986	0,802
4. ... consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo tendo diabetes	0,613	0,837	1,000	0,809
5. ... sei lidar de forma positiva com o stresse relacionado com a diabetes	0,609	0,842	0,992	0,792
6. ... posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito	0,444	0,854	0,931	0,827
7. ... sei o que me ajuda a estar motivado(a) para cuidar da minha diabetes	0,642	0,833	0,989	0,801
8. ... me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.	0,668	0,830	1,000	0,793
α CronbachTotal	0,856		0,871	0,830

Na análise da fiabilidade da escala APGAR Familiar, o *alfa de cronbach* para o total da escala revelou consistência interna moderada a elevada ($\alpha = 0,884$), conforme consta na Tabela 6. As correlações entre cada um dos itens que compõe a escala e o seu score total são elevados, variando entre 0,632 e 0,771. O *alfa de cronbach* em caso de exclusão de qualquer item diminuiria em todas as situações. A consistência interna da escala no presente estudo ($\alpha = 0,884$) revelou-se ligeiramente superior em relação ao estudo de Silva (2014) ($\alpha = 0,80$).

Tabela 6 – Caracterização da Consistência Interna da escala APGAR Familiar por dimensão através do cálculo de *Alfa de Cronbach* e comparação com outros estudos

<i>Apgar</i> Familiar de Smilkstein	Correlação Item-Total	α <i>Cronbach</i> Item excluído	Silva (2014)
1.Adaptação	0,713	0,860	0,78
2.Participação	0,760	0,842	0,73
3.Crescimento	0,725	0,850	0,77
4.Afecto	0,771	0,839	0,75
5.Decisão	0,632	0,874	0,76
α <i>Cronbach</i> Total	0,884		0,80

A Consistência interna da escala IPSF é elevada, com um *alfa de cronbach* de 0,945. As correlações entre cada item e o total da escala são muito variáveis, desde -0,053 e 0,852, conforme se verifica na Tabela 7. A remoção de qualquer item da escala, ou baixava o alfa total, ou não o melhorava significativamente. Ao comparar os resultados da avaliação da consistência interna da escala usada neste trabalho com outro trabalho anterior, verificamos que esta apresenta uma consistência ($\alpha = 0,945$) mais elevada que no trabalho de Gonçalves et al. (2016) ($\alpha = 0,86$).

Tabela 7 – Caracterização da Consistência Interna do IPSF por dimensão através do cálculo de Alfa de Cronbach e comparação com outros estudos

Dimensões / Fatores	Correlação Item-Total	α Cronbach Item excluído	Gonçalves et al. (2016)
1. Na minha família, conversamos sobre planos familiares.	0,577	0,943	0,77
2. Sinto raiva da minha família.	0,051	0,945	0,88
3. Sinto vergonha da minha família.	0,310	0,945	0,85
4. A minha família expressa claramente pensamentos e emoções entre si.	0,560	0,943	0,76
5. Na resolução de problemas, temos em conta a opinião de toda a família.	0,753	0,942	0,73
6. Na minha família, diz-se o que o que se sente uns pelos outros.	0,660	0,942	0,72
7. Na minha família, as tarefas são distribuídas adequadamente.	0,526	0,944	0,70
8. Sinto-me excluído(a) da minha família.	0,730	0,943	0,83
9. Os elementos da minha família só pensam em si próprios.	0,656	0,943	0,76
10. Na minha família, expressamos interesse uns pelos outros.	0,765	0,942	0,69
11. Há regras para diversas situações na minha família.	0,459	0,944	0,68
12. A minha família tenta pensar sobre diferentes maneiras de resolver os problemas.	0,708	0,942	0,68
13. As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.	0,802	0,942	0,67
14. A minha família segue as regras por si estabelecidas.	0,760	0,942	0,66
15. Cada um, na minha família, tem deveres e responsabilidades específicas.	0,623	0,943	0,64
16. Eu e a minha família conversamos sobre as coisas de interesse para todos.	0,721	0,942	0,63
17. Na minha Família, as pessoas tocam-se e abraçam-se.	0,662	0,942	0,62
18. Sinto-me como um(a) estranho(a) na minha família.	0,485	0,944	0,76
19. Há ódio na minha família.	0,407	0,944	0,75
20. A minha família partilha os seus sentimentos.	0,833	0,941	0,62
21. A minha família faz-me sentir melhor quando estou aborrecido(a).	0,754	0,942	0,62
22. A minha família sabe o que fazer quando há uma emergência.	0,773	0,942	0,56
23. Na minha família pode-se falar uns com os outros sobre tristeza que se sente.	0,744	0,942	0,54
24. A minha família elogia-me.	0,604	0,943	0,50
25. A minha família sabe quando alguma coisa má me aconteceu, mesmo que eu não diga.	0,660	0,942	0,47
26. A minha família proporciona-me conforto emocional.	0,852	0,941	0,47
27. A minha família sente-se mais próxima entre si do que com as pessoas de fora.	0,653	0,942	0,47
28. A minha família é respeitada por aquelas que a conhecem.	0,549	0,944	0,42
29. Na minha família só se mostra interesse uns pelos outros quando se pode ter vantagens.	0,673	0,943	0,72
30. Parece haver uma série de atritos na minha família.	0,366	0,945	0,71
31. A minha família deixa-me ser como eu quero.	0,339	0,945	0,82
32. Na minha família, é permitido que eu faça o que gosto.	0,358	0,945	0,79
33. A minha família deixa-me decidir o que quero.	0,101	0,946	0,78
34. A minha família deixa-me sair quanto quero.	-0,053	0,946	0,76
35. A minha família aceita-me como sou.	0,482	0,944	0,60
36. A minha família faz-me sentir capaz de cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a).	0,625	0,943	0,52
37. A minha família concorda com o meu estilo de vida.	0,506	0,944	0,45
38. Na minha família, tenho privacidade.	-0,012	0,946	0,49
39. A minha família irrita-me.	0,217	0,946	0,68
40. Acredito que a minha família tem mais problemas emocionais do que as outras famílias.	0,425	0,945	0,64
41. Na minha família, culpa-se alguém quando as coisas não correm bem.	0,137	0,947	0,59
α Cronbach Total	0,945		0,86

Neste estudo, também se verificou que a fiabilidade da escala de Graffar é baixa a moderada, com um *alfa de cronbach* de 0,752. As correlações entre cada item e o total da escala variam entre 0,245 e 0,693. Analisando o *alfa de cronbach* em caso de excluir qualquer item, apenas a remoção do item “Aspectos do Bairro onde Habita” é que melhorava o alfa total da escala (0,790), conforme se observa na Tabela 8.

Tabela 8 – Caracterização da Consistência Interna da escala de Graffar por dimensão através do cálculo de *Alfa de Cronbach*

Variável	Correlação Item-Total	α Cronbach
		Item excluído
Nível de Instrução	0,693	0,641
Rendimento Familiar	0,468	0,733
Conforto da Habitação	0,540	0,717
Aspectos do Bairro onde Habita	0,245	0,790
Situação Profissional	0,784	0,602
<i>α Cronbach</i> Total		0,752

4.4 Caracterização da Perceção de Autoeficácia dos participantes em estudo

Após a aplicação da DES-SF, verificamos que a maioria dos participantes considera que apresenta um nível elevado de perceção de autoeficácia (74,1%) e nenhum participante considerou apresentar baixo nível de perceção de autoeficácia, conforme se observa na Tabela 9. Ao analisar os resultados da DES-SF por dimensões, conforme consta na Tabela 25 (Apêndice IV), verificamos que a dimensão “...posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito” foi a resposta mais pontuada (4,63±0,68), sendo que a dimensão “...sei lidar de forma positiva com o stresse relacionado com a diabetes” foi a que apresentou menor pontuação (3.52±1,18). A média da pontuação final obtida, juntando as pontuações dos 8 itens foi de 4,0±0,62, conforme consta na Tabela 25 (Apêndice IV).

Tabela 9 – Níveis de Perceção de Autoeficácia dos participantes em estudo (n=112)

Níveis de Autoeficácia da DES-SF	n (%)
Baixa	0 (0,0)
Média	29 (25,9)
Alta	87(74,1)

4.5 Caracterização da Funcionalidade Familiar dos participantes em estudo

Após a aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein, verificamos que na maioria dos participantes, tanto a pessoa portadora de DM tipo 2 como o outro elemento da família consideram que têm um nível elevado de funcionalidade familiar 88,4% e 82,1% respectivamente, sendo que na avaliação da funcionalidade familiar 88,4% considera a sua família altamente funcional, 7,1% considera moderadamente funcional e 4,5% considera a família com disfunção acentuada, conforme se pode observar na Tabela 10. Ao analisar os resultados da aplicação desta escala por dimensões, percebemos que a dimensão adaptação foi a mais pontuada $1,79 \pm 0,37$ e as menos pontuadas foram afeto e a capacidade de resolução de problemas $1,69 \pm 0,54$ e $1,69 \pm 0,52$, respectivamente, conforme consta na Tabela 26 (Apêndice V).

Tabela 10 – Classificação da Funcionalidade Familiar (n=112)

Apgar Familiar de Smilkstein	Elemento A n (%)	Elemento B n (%)	Por Família n (%)
Disfunção Acentuada	6 (5,4)	4 (3,6)	5 (4,5)
Moderada Disfunção	7 (6,3)	16 (14,3)	8 (7,1)
Altamente Funcional	99 (88,4)	92 (82,1)	99 (88,4)

Legenda:

Elemento A – Pessoa portadora de DM tipo 2

Elemento B – Um elemento da família

4.6 Caracterização da Percepção do Suporte Familiar dos participantes em estudo

Após a aplicação do IPSF, verificamos que a maioria dos participantes considera que tem um nível elevado de Suporte Familiar, que em média apresenta uma pontuação total de $89,86 \pm 11,44$, de acordo com a Tabela 27 (Apêndice VI). Ao analisar os resultados desta escala por dimensão, conforme consta na Tabela 11, observamos que o item autonomia constitui com maior pontuação $92,75 \pm 9,98$, seguindo-se a adaptação $90,67 \pm 11,7$ e por último a afetivo-consistente $86,18 \pm 19,50$.

Tabela 11 – Pontuação em percentagem das Dimensões do Inventário da Percepção do Suporte Familiar (n=112)

Dimensões / Fatores	M \pm DP	Min	Máx
Afetivo-consistente	86,18 \pm 19,50	2,27	100,00
Adaptação	90,67 \pm 11,70	27,27	100,00
Autonomia	92,75\pm9,98	50,00	100,00
Total	89,86 \pm 11,44	36,36	100,00

4.7 Relação entre os valores percentuais da HbA1c e o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2

Para testar a correlação entre os valores percentuais da HbA1c e o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 aplicamos o teste não paramétrico rho de *Spearman*, uma vez que ambas as variáveis são de natureza quantitativa, mas a sua distribuição afasta-se da normalidade. Desta forma, analisamos a existência de associação entre os valores percentuais obtidos na análise à Hb1Ac e os scores da escala DES-SF, que avalia a percepção da autoeficácia da pessoa com DM tipo 2.

Como se pode observar na Tabela 12, existem evidências estatísticas para se afirmar que os valores de Hb1Ac e o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 estão correlacionados ($\rho = -0,429$; $p = 0,000$). Trata-se de uma correlação moderada negativa e significativa ao nível de 0,01. Concluimos, assim, que as pessoas com DM tipo 2 que apresentam valores tendencialmente mais baixos de Hb1Ac são também aqueles que têm uma melhor capacidade de controlo da DM. Quando comparamos os resultados obtidos, apresentados na Tabela 13 e representados graficamente na Figura 2, utilizando o ponto de corte 7 na Hb1Ac, verificamos que as pessoas com níveis de Hb1Ac $\leq 7\%$ apresentam valores médios na DES-SF de $4,23 \pm 0,53$, enquanto as pessoas com Hb1Ac $> 7\%$ apresentam valores médios na DES-SF de $3,62 \pm 0,58$.

Tabela 12 – Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a Hg1Ac (n= 112)

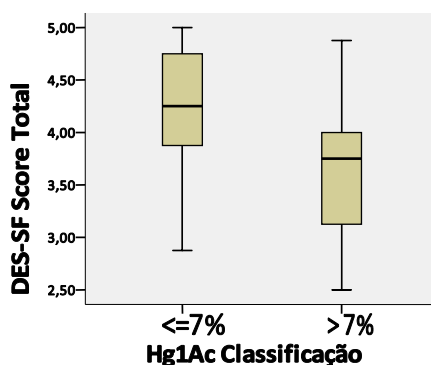
Variáveis		DES_SF	HgA1c
DES_SF	rho	1,000	
	p		
HgA1c	rho	-0,429**	1,000
	p	0,000	

**Correlação significativa ao nível de 0,01

Tabela 13 – Valores Médios da DES-SF segundo a classificação da Hg1Ac (n=112)

HgA1c	DES-SF	
	n	M \pm DP
$\leq 7\%$	70	4,23 \pm 0,53
$>7\%$	42	3,62 \pm 0,58

Figura 2 - Representação Gráfica dos Valores Médios da DES-SF segundo a classificação da Hg1Ac



4.8 Relação entre as variáveis sociodemográficas e familiares e o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2

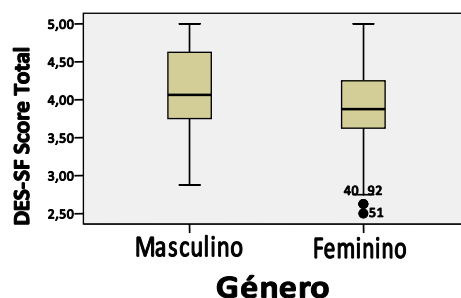
Para analisar a hipótese de relação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, tipo de família e posição social) e o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2, utilizamos o coeficiente de correlação rho de Spearman para as variáveis idade e classificação social de *Graffar* (variáveis quantitativas que não apresentam distribuição normal), o teste U de Mann-Whitney para a variável Género (comparar as médias das ordenações de duas amostras independentes onde se verificou a violação do pressuposto da normalidade) e o teste de Kruskal-Wallis para comparar mais de três distribuições de populações independentes onde não se verificou o pressuposto da normalidade para as variáveis estado civil (com teste de Scheffé para comparação múltipla – *post hoc*) e tipo de família.

Na comparação das ordenações médias entre o género, verificamos que não existem evidências estatísticas significativas para se afirmar que o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 seja diferente entre homens e mulheres (U Mann-Whitney = 1251,000; p= 0,066), apesar das médias das ordenações serem superiores no género masculino (MRk= 62,33) relativamente ao género feminino (MRk= 51,07), conforme se pode observar na Tabela 14 e representados graficamente na Figura 3. Conclui-se, assim, que o género não influencia significativamente a capacidade de controlo da DM Tipo 2.

Tabela 14 – Diferenças médias e teste U de Mann-Whitney entre a DES-SF e o Género (n=112)

Género		U de Mann-Whitney			
		n	Mean Rank	Estadística do Teste	P
DES-SF	Masculino	54	62,33	1251,000	0,066
	Feminino	58	51,07		

Figura 3 - Representação Gráfica das Diferenças médias e teste U de Mann-Whitney entre a DES-SF e o Género



Analisando a relação entre a idade e o empoderamento da pessoa com DM tipo 2, constatamos que existem evidências estatísticas para afirmar que a idade se correlaciona de uma forma baixa e negativa com a capacidade de controlo da DM ($\rho = -0,219$; $p = 0,020$), ao nível de 0,5, conforme se observa na Tabela 15. Isto é, o aumento da idade influencia negativamente o empoderamento das pessoas com DM tipo 2. Pela análise à Tabela 16 e representados graficamente na Figura 4, verificamos que as pontuações médias obtidas na escala de capacidade de controlo da DM são mais baixas nos escalões etários mais altos e mais elevadas nos escalões etários mais baixos. Nos escalões intermédios a variação é mínima.

Tabela 15 – Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a Idade (n= 112)

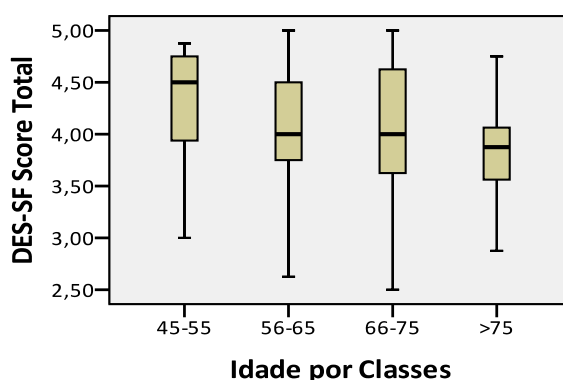
Variáveis		DES_SF	Idade
DES_SF	rho p	1,000	
Idade	rho p	-0,219* 0,020	1,000

**Correlação significativa ao nível de 0,05

Tabela 16 – Valores Médios da DES-SF segundo o Grupo Etário (n=112)

Idade	DES-SF	
	n	M±DP
45 – 55	11	4,27±0,60
56– 65	40	4,01±0,61
66– 75	37	4,02±0,71
> 75	24	3,82±0,48

Figura 4 - Representação Gráfica dos Valores Médios da DES-SF segundo o Grupo Etário



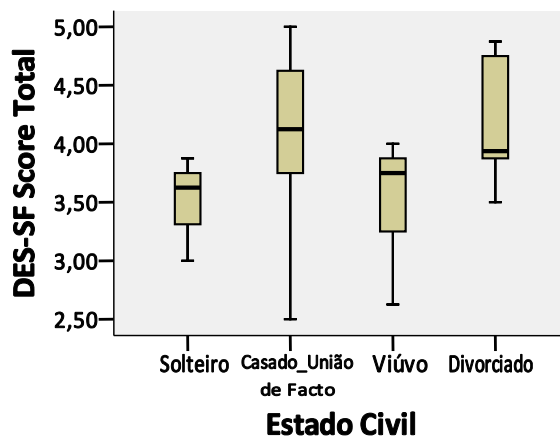
No estudo comparativo do empoderamento da pessoa com DM tipo 2 de acordo com o estado civil, concluímos que existem pelo menos dois grupos diferentes entre si, ou seja, a capacidade de controlo da DM varia de acordo com o estado civil (Kruskal-Wallis H= 13,860; p= 0,003). Ao analisar as médias das ordenações, descritas na Tabela 17 e representados graficamente na Figura 5, verificamos que são os casados/união de facto (MRk= 60,94) e os divorciados (MRk= 62,95) que apresentam melhor capacidade para controlar a DM, quando comparados com os solteiros (MRk= 27,67) e os viúvos (MRk= 28,85) que apresentam menor empoderamento face à DM do tipo 2. Uma vez que a variável teste (Empoderamento) é quantitativa, realizaram-se testes de comparação múltipla (testes de post-hoc) para verificar quais os pares de grupos com médias de importância significativamente diferentes. Neste caso, optou-se pelo teste de Scheffé que é um teste robusto mesmo perante a violação dos pressupostos da normalidade que lhe estão subjacentes. Na comparação dos pares à *posteriori*, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os casados/união de facto e os viúvos (p= 0,008). Em nenhum dos outros pares as médias do empoderamento foram significativamente diferentes,

com p a variar entre 0,079 (na comparação dos viúvos com os divorciados) e 0,998 (entre os casados/união de facto e os divorciados). Desta forma, concluímos que as pessoas com DM tipo 2 casadas têm um empoderamento face à DM Tipo 2 significativamente melhor do que viúvos.

Tabela 17 – Diferenças médias este de Kruskal-Wallis a DES-SF e o Estado Civil (n=112)

Estado Civil		Kruskal-Wallis			
		n	Mean Rank	Estatística do Teste	p
DES-SF	Solteiro	3	27,67	13,860	0,003
	Casado/ União Facto	86	60,94		
	Viúvo	13	28,85		
	Divorciado	10	62,95		

Figura 5 - Representação Gráfica das Diferenças médias este de Kruskal-Wallis a DES-SF e o Estado Civil



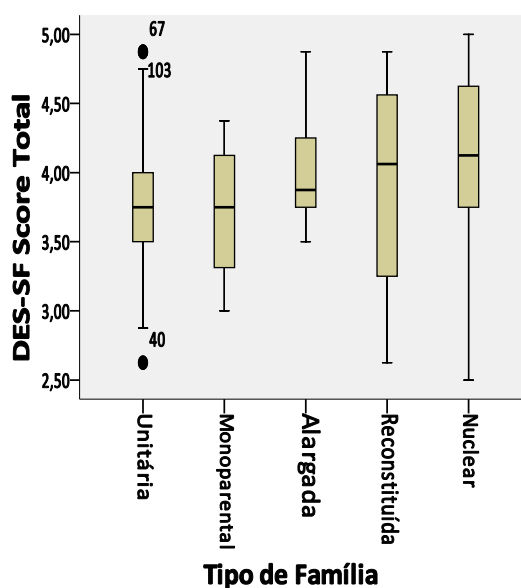
Da análise à variação do empoderamento da pessoa com DM tipo 2 de acordo com o tipo de família, concluímos que não existem evidências estatísticas para se afirmar que a capacidade de controlo da DM seja significativamente diferente em cada um dos tipos de família (Kruskal-Wallis $H= 5,024$; $p= 0,285$), conforme consta na Tabela 18 e representados graficamente na Figura 6, ou seja, o empoderamento das pessoas com DM tipo 2 não é influenciado pela composição familiar. Apesar disso, e comparando as médias das ordenações, descritas na Tabela 18, são as famílias nucleares (MRk= 60,81), as reconstituídas (MRk= 56,63) e as alargadas (MRk= 54,36) que apresentam melhor capacidade para controlar a DM, quando

comparadas com as famílias monoparentais (MRk= 40,88) e as unitárias (MRk= 44,21) que apresentam menor empoderamento face à DM tipo 2.

Tabela 18 – Diferenças médias e teste de Kruskal-Wallis na DES-SF e o Tipo de Família (n=112)

Tipo de Família		Kruskal-Wallis			
		n	Mean Rank	Estatística do Teste	p
DES-SF	Unitária	19	44,21	5,024	0,285
	Monoparental	4	40,88		
	Alargada	11	54,36		
	Reconstituída	4	56,63		
	Nuclear	74	60,81		

Figura 6 - Representação Gráfica das Diferenças médias e teste de Kruskal-Wallis na DES-SF e o Tipo de Família



A análise à matriz de correlações apresentadas na Tabela 19, onde se relacionam a posição social que as famílias ocupam na sociedade e o seu empoderamento face à DM tipo 2, permite-nos concluir que existe uma correlação baixa negativa, ao nível de 0,01 ($\rho = -0,313$; $p = 0,001$). Quando relacionamos a capacidade de controlo da DM com os 5 critérios em que a escala de Graffar se baseia para o seu método, verificamos que, à exceção do critério “aspetos do bairro onde habita” ($\rho = -0,136$; $p = 0,152$), todos os outros critérios se correlacionam de forma significativa. O critério onde se obteve uma correlação mais elevada foi a “Situação Profissional” ($\rho = -0,512$; $p = 0,001$), com uma correlação moderada negativa, seguido do “Rendimento

Familiar” ($\rho = -0,345$; $p = 0,000$), do “Nível de Instrução” ($\rho = -0,306$; $p = 0,001$) e do Conforto da Habitação ($\rho = -0,262$; $p = 0,005$), todos estes com correlações baixas negativas. Pela análise à Tabela 20 e representados graficamente na Figura 7, verificamos ainda que os valores médios obtidos na escala de capacidade de controlo da diabetes são tendencialmente mais elevados à medida que vamos subindo na posição social segundo Graffar. Isto é, a posição social que as pessoas com DM tipo 2 ocupam na sociedade relaciona-se de forma significativa com o seu empoderamento face à DM tipo 2.

Tabela 19 – Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a Escala de Graffar (n= 112)

Variáveis		DES_SF	Graffar	NI	RF	CH	ABOH	SP
DES_S	rho	1,000						
F	p							
Graffar	rho	-0,313**	1,000					
	p	0,001						
NI	rho	-0,306**	0,544**	1,000				
	p	0,001	0,000					
RF	rho	-0,345**	0,436**	0,275**	1,000			
	p	0,000	0,000	0,003				
CH	rho	-0,262**	0,537**	0,363**	0,278**	1,000		
	p	0,005	0,000	0,000	0,003			
ABOH	rho	-0,136	0,599**	0,183	0,080	0,232*	1,000	
	p	0,152	0,000	0,054	0,402	0,014		
SP	rho	-0,512**	0,858**	0,644**	0,613**	0,545**	0,314	1,00
	p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,001	0,062	0

Legenda: NI (Nível de Instrução); RF (Rendimento Familiar); CH (Conforto da Habitação); ABOH (Aspetos do Bairro onde habita); SP (Situação Profissional)

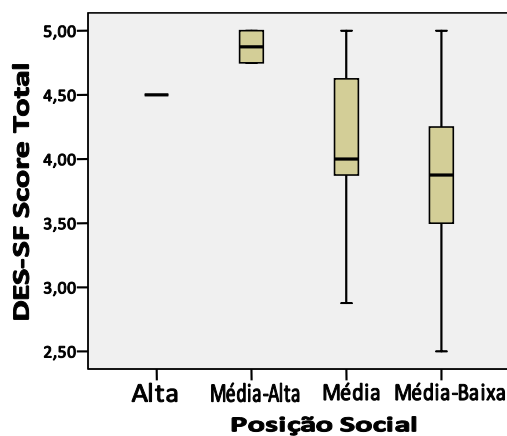
*Correlação significativa ao nível de 0,05

**Correlação significativa ao nível de 0,01

Tabela 20 – Valores Médios da DES-SF segundo a Classificação Social de Graffar (n=112)

Posição Social Graffar	DES-SF		
	n	Med	DP
Alta	1	4,50	-
Média-Alta	2	4,88	0,18
Média	51	4,15	0,55
Média-Baixa	58	3,82	0,64
Baixa	0	-	-

Figura 7 - Representação Gráfica com Valores Médios da DES-SF segundo a Classificação Social de Graffar



4.9 Relação entre a funcionalidade familiar e o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2

Para verificar se a funcionalidade familiar tem uma relação significativa com o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2, aplicámos o teste de correlação rho de Spearman, dado tratar-se de variáveis passíveis de tratamento quantitativo, mas para as quais não se pode assumir a normalidade.

A Tabela 21 apresenta a matriz de correlações entre a escala DES-SF e a escala de Apgar Familiar para os diferentes elementos familiares (no nosso estudo, Elementos A e B) e para o score total da escala (que resulta da fórmula: $A+B/2$). Concluimos pela existência de uma associação linear moderada e positiva entre a variável empoderamento e a variável funcionalidade familiar ($\rho= 0,536$; $p= 0,000$), que é estatisticamente significativa ao nível de 0,01. Quando analisamos a associação entre os diferentes elementos da família e a capacidade de controlo DM tipo 2, verificamos que apresentam correlações moderadas e positivas (Elemento A: $\rho= 0,482$; $p= 0,00$; Elemento B: $\rho= 0,494$; $p= 0,000$). Constatamos, assim, que as pessoas com DM tipo 2 que têm maior capacidade de autocontrolo da sua DM são aquelas que também apresentam um melhor funcionamento familiar. Quando comparamos os resultados obtidos através da escala de capacidade de controlo da diabetes pelos vários níveis de funcionalidade familiar, verificamos que há uma tendência clara para que os elementos familiares mais funcionais apresentem valores médios de empoderamento mais elevados.

Tabela 21 – Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e a APGAR Familiar (n= 112)

Variáveis		DES_SF	APGAR Elemento A	APGAR Elemento B	APGAR Total
DES_SF	rho p	1,000	0,482		
AFF Elemento A	rho p	0,482** 0,000	1,000		
AFF Elemento B	rho p	0,494** 0,000	0,685** 0,000	1,000	
AFF Total	rho p	0,536** 0,000	0,859** 0,000	0,938** 0,000	1,000

**Correlação significativa ao nível de 0,01

Tabela 22 – Valores Médios da DES-SF segundo o Apgar Familiar (n=112)

APGAR Familiar	Classificação	DES-SF	
		n	M±DP
Elemento A	Disfunção Acentuada	6	3,31±0,45
	Moderada Disfunção	7	3,23±0,42
	Altamente Funcional	99	4,09±0,58
Elemento A	Disfunção Acentuada	4	3,16±0,47
	Moderada Disfunção	16	3,49±0,54
	Altamente Funcional	92	4,12±0,57
Total	Disfunção Acentuada	5	3,23±0,44
	Moderada Disfunção	8	3,42±0,47
	Altamente Funcional	99	4,08±0,59

4.10 Relação entre o suporte familiar e o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2

Para testar a hipótese de relação entre o suporte familiar e o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2, aplicamos o teste de correlação rho de Spearman, dado tratar-se de variáveis quantitativas, não distribuídas normalmente.

Analisando a matriz de correlações apresentadas na Tabela 23, verificamos que existem evidências estatísticas para se afirmar que o suporte familiar e o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2 estão relacionados. A correlação entre o empoderamento e o total do suporte

familiar é positiva baixa ($\rho = 0,340$; $p = 0,000$). Para as dimensões do suporte familiar verificamos que existe uma correlação positiva moderada na dimensão afetivo consistente ($\rho = 0,408$; $p = 0,000$) e positiva baixa na dimensão adaptação ($\rho = 0,228$; $p = 0,016$). Para a dimensão autonomia não existe relação significativa do ponto de vista estatístico ($\rho = 0,125$; $p = 0,188$). De facto, a capacidade de controlo da DM é tendencialmente maior nos indivíduos com uma melhor perceção do seu suporte familiar. Esta associação verifica-se sobretudo na dimensão afetivo consistente e na adaptação. Na dimensão autonomia esta relação parece não existir.

Tabela 23 - Coeficiente de correlação rho de Spearman entre a escala DES-SF e o IPSF (n= 112)

Variáveis		DES_SF	Afetivo-consistente	Adaptação	Autonomia	Total
DES_SF	ρ p	1,000				
Afetivo-consistente	ρ p	0,408** 0,000	1,000			
Adaptação	ρ p	0,228* 0,016	0,469** 0,000	1,000		
Autonomia	ρ p	0,125 0,188	0,297** 0,001	0,277** 0,003	1,000	
Total	ρ p	0,340** 0,000	0,902** 0,000	0,710** 0,000	0,501** 0,000	1,000

**Correlação significativa ao nível de 0,01

*Correlação significativa ao nível de 0,05

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados obtidos com o presente estudo de investigação apresentamos a análise e discussão dos resultados, que é fundamentada tendo por base os objetivos delineados para o estudo, assim como pelo referencial teórico apresentado no início da investigação. Iniciaremos a discussão dos resultados obtidos a partir da análise descritiva e seguidamente iremos efetuar a mesma discussão pela estatística inferencial. De referir que a colheita de dados foi efetuada em pleno período pandémico por Covid-19, pelo que a avaliação familiar efetuada (funcionalidade familiar e suporte familiar percebido pela pessoa com DM tipo 2) teve em consideração o momento que estavam a vivenciar, e a avaliação destas variáveis foi efetuada mediante este contexto.

Relativamente à **caracterização sociodemográfica** dos 112 participantes incluídos no estudo, verificámos que a maioria dos indivíduos eram do género feminino (51,8%) tal como nos estudos de Sousa et al. (2019) e Mar-García et al. (2017). O facto de termos mais mulheres do que homens na nossa amostra vai ao encontro do estudo de Farias et al. (2020) que conclui que a população masculina se considera invulnerável, e com isso recorre menos aos serviços de saúde para fins preventivos.

Relativamente à idade, verificámos que a maioria (54,4%) apresentavam idade igual ou superior a 65 anos, com uma média de idades de $67,18 \pm 8,98$ anos. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos realizados a nível nacional, que demonstram a tendência do envelhecimento populacional em Portugal, sendo exemplo os estudos de Correia (2018), Sousa et al. (2019), Aveiro et al. (2015), Cunha et al. (2014), bem como os dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016) e Sousa et al. (2021).

Neste estudo, verificámos ainda, que a maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto (76,8%), sendo por isso 66,1% constituído por famílias nucleares, curiosamente cerca de 17,0% são famílias unitárias, 9,8% viviam em famílias alargadas e 3,6% eram famílias reconstituídas ou monoparentais. O facto de termos na nossa amostra 17,0% de famílias unitárias, que consideramos ser um valor significativo, e considerando ser uma população envelhecida, com maior vulnerabilidade, leva-nos a refletir sobre a importância de avaliar o efetivo suporte e funcionalidade familiar que as pessoas com DM têm, a fim de intervir, mobilizar os recursos necessários a nível familiar ou comunitário, no sentido de garantir a adequada capacitação da pessoa com DM e adesão ao regime terapêutico. Devido à faixa etária avançada, a maioria (67,9%) dos participantes estão reformados e daqueles que ainda estão no ativo, a maioria corresponde a trabalhadores manuais ou operários não especializados. Concluímos que se trata de uma população maioritariamente envelhecida, correspondendo a uma classe média-baixa (51,8%), com baixo nível de instrução (88,5%). Os resultados deste estudo ao nível da classe social, estado civil, agregado familiar, escolaridade e situação profissional atual também

vão ao encontro de outros estudos desenvolvidos anteriormente em Portugal, como seja, Correia (2018), Sousa et al. (2019), Aveiro et al. (2015), Cunha et al. (2014).

No que diz respeito à **caracterização clínica**, é importante num utente com DM, um valor da HgA1c inferior a 7%, meta proposta pela DGS (2011). No atual estudo a maioria (62,5%) enquadrava-se neste valor. Verificámos também que uma percentagem muito significativa dos participantes vivia com a DM há vários anos e, concretamente no nosso estudo cerca de 42% dos participantes refere apresentar a doença há mais de 10 anos ($10,16 \pm 7,30$ anos, com mínimo de 1 e máximo de 39 anos), e que é validado também por outros estudos realizados ao nível nacional, como Aveiro et al. (2015), Cunha et al. (2014), Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016), e Mar-García et al. (2017).

Relativamente à presença de HT, a maioria dos participantes apresentava algum tipo de alteração ao nível da TA para níveis elevados (63,4%), o que vai ao encontro do estudo a nível nacional de Correia (2018). Ao analisarmos o regime terapêutico que inclui regime medicamentoso e não medicamentoso, concluímos que 79,8% toma antidiabéticos orais, sendo que destes 14,3% não efetuava outro regime terapêutico associado, quer medicamentoso, quer não medicamentoso. Dos participantes que tomavam antidiabéticos orais, 59,8% associava cuidados com a alimentação e destes 24,1% ainda associava a prática de exercício físico regular, sendo a prática do regime terapêutico com menos pontuação. Estes achados relativos ao regime terapêutico não medicamentoso, que Sousa et al. (2019) definem como comportamentos de autocuidado, são corroborados com outros estudos (Sousa et al., 2017; Sousa et al., 2019; Tharek et al., 2018; Correia, 2018). Outros estudos indicam também que a falta de exercício físico pode estar relacionada com desmotivação, falta de tempo, problemas familiares, preguiça, idade avançada, não frequentar programas de educação para a DM (Mumu et al., 2014), e até simplesmente condições climáticas (Korkiakangas et al., 2011). Nogueira et al. (2021) na sua revisão da literatura, acrescentam ainda o impacto negativo da pandemia por Covid-19 em relação à inatividade física, aumentando mais o sedentarismo durante e após a pandemia, com efeito maior nas populações de risco, principalmente os idosos. Para além destas questões relacionadas com a prática do exercício físico, os profissionais de saúde devem ter em consideração que a prática do mesmo pode estar diminuída simplesmente pela presença de limitações físicas ou comorbilidades. No atual estudo constatámos que 29,5% dos participantes referem que apresentavam limitações físicas que impedem a prática de exercício de forma regular, tais como: osteoartroses sobretudo ao nível dos joelhos e coluna, cansaço fácil devido a problemas respiratórios e cardíacos, deficit visual acentuado, vertigens e obesidade.

Quanto à vigilância da DM, a maioria dos participantes fez pelo menos uma consulta de enfermagem no último ano ($1,38 \pm 0,56$, min 1 max3), embora o preconizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017) é a realização de uma consulta por semestre, tendo sido este último uma exceção, devido à situação pandémica que restringiu o acesso aos cuidados de saúde. Relativamente ao IMC, verificámos que 39,3% estão classificados como pré-obesidade (IMC 25-29,9) e apenas 9,8% apresenta IMC normal (18,5-24,9), sendo que este

achado, é transversal a todos os estudos realizados ao nível nacional como é referido, por exemplo, nos estudos de Correia (2018), Sousa et al. (2019), Aveiro et al. (2015), Cunha et al. (2014), bem como os dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016).

Assim, podemos concluir, que em termos de caracterização clínica, os nossos resultados são idênticos aos de outros estudos realizados em Portugal, com participantes com tempo de duração considerável da doença, com IMC indicativo de sobrepeso, valores de HbA1c dentro de parâmetros aceitáveis. No entanto, este último parâmetro deve ser interpretado com cautela uma vez que os objetivos terapêuticos individuais vão depender de vários fatores, nomeadamente a presença de comorbilidades e a idade (Aveiro et al., 2015; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016).

Após a aplicação da DES-SF, verificámos que a maioria dos participantes considera que apresentava um nível elevado de perceção de autoeficácia (74,1%) e nenhum participante considerou apresentar baixo nível de perceção de autoeficácia. Ou seja, a tendência das respostas foi colocada acima da pontuação média, o que revela uma perceção moderada e elevada da autoeficácia psicossocial, sendo estes resultados concordantes com estudos anteriores (Almeida et al., 2019; Sousa et al., 2019; Aveiro et al., 2015; Chaves et al., 2017).

Ao analisar os resultados da DES-SF por dimensões, verificamos que a dimensão "...posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito" foi a resposta mais pontuada ($4,63 \pm 0,68$), que coincide com os achados de Sousa et al. (2019). A dimensão "...sei lidar de forma positiva com o stresse relacionado com a diabetes" foi a que apresentou menor pontuação ($3,52 \pm 1,18$), curiosamente também uma das menos cotadas no mesmo estudo. A média do score final obtida, juntando as pontuações dos 8 itens, foi de $4,0 \pm 0,62$, sendo este valor semelhante às médias de outros estudos (Aveiro et al., 2015; Sousa et al., 2019). Neste sentido, pensamos que seja importante que o EF tenha em consideração o facto de quase um quarto dos participantes deste estudo ter referido que desconhece formas positivas de lidar com o stresse relacionado com a DM, mas por outro lado, consideramos que é um bom indicativo de que sabem onde recorrer sempre que necessita de ajuda para o controlo da DM.

No que diz respeito à avaliação da funcionalidade familiar obtida através da aplicação da escala de APGAR Familiar de Smilkstein, verificámos que na maioria dos participantes, tanto a pessoa portadora de DM tipo 2 como o outro elemento da família consideravam ter um nível elevado de funcionalidade familiar 88,4% e 82,1% respetivamente, sendo que na avaliação da funcionalidade familiar 88,4% considerava a sua família altamente funcional, 7,1% considerava moderadamente funcional e 4,5% considerava a família com disfunção acentuada. Este achado vai ao encontro dos resultados do estudo da avaliação da funcionalidade familiar de alguns estudos relacionados com pessoas com DM, tais como, Sousa-Muñoz & Sá (2020), Sousa et al. (2021). Ao analisar os resultados da aplicação desta escala por dimensões, percebemos que a dimensão adaptação foi a mais pontuada $1,79 \pm 0,37$ e as menos pontuadas foram os itens afetivo-consistente e a decisão $1,69 \pm 0,54$ e $1,69 \pm 0,52$, respetivamente. O item decisão está

relacionado com a capacidade resolutive e com o tempo compartilhado com os restantes elementos familiares. Neste estudo, os resultados obtidos podem estar relacionados com o facto de que o período de aplicação do instrumento de colheita de dados ter ocorrido durante o contexto de pandemia. Assim, principalmente os participantes com DM mais idosos, não eram visitados tantas vezes pelos seus familiares como antes da pandemia, pelo que podiam sentir menos atenção por parte dos familiares e, assim, influenciar os resultados obtidos. Este achado também é corroborado com o estudo de Sousa et al. (2021), excluindo o contexto pandémico, pois apesar de ter sido publicado em 2021, a colheita de dados foi realizada em 2017.

No que se refere à avaliação do suporte familiar percebido pela pessoa com DM tipo 2, através da aplicação do IPSF, verificamos que a maioria dos participantes considerava ter um nível elevado de Suporte Familiar, que em média corresponde a $89,86 \pm 11,44$. Ao analisar os resultados da escala por dimensão, observamos que a autonomia (representa o quanto a independência e autonomia é exercida no ambiente familiar) apresentava maior pontuação $92,75 \pm 9,98$, seguindo-se a dimensão adaptação (que se relaciona como o indivíduo se sente adaptado, aceite e querido no grupo familiar) com o valor de $90,67 \pm 11,7$ e por último a afetivo-consistente (representa a forma como são representadas as relações afetivas no ambiente familiar) com o valor de $86,18 \pm 19,50$. Referente à última dimensão (afetivo-consistente) a pontuação do item “Na minha família as pessoas tocam-se e abraçam-se”, teve influência pela questão da pandemia, uma vez que alguns dos participantes referiram oralmente que antes desta fase era frequente o toque e o abraço entre os membros da família, o que era evitado na altura pelos familiares pelo risco de transmissão da doença. Relativamente a este aspeto, não se encontraram outros estudos com a aplicação desta escala a pessoas com DM tipo 2, embora seja muito utilizada para avaliar o suporte familiar, como por exemplo em Aquino et al. (2011) e Gonçalves et al. (2016). A este propósito, de referir que o IPSF pode ser utilizado como importante aliado ao nível dos cuidados de saúde primários, que envolvam o apoio familiar na recuperação da pessoa com problemas de saúde físicos ou mentais (Gonçalves et al., 2016).

Passando para a discussão dos resultados que emergiram da **análise estatística inferencial**, começámos por analisar a correlação entre a HgA1c e o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 e verificamos que neste estudo, existem evidências estatísticas para se afirmar que os valores de Hb1Ac e o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 estão correlacionados ($\rho = -0,429$; $p = 0,000$). Trata-se de uma correlação moderada negativa e significativa ao nível de 0,01. Concluimos, assim, que as pessoas com DM tipo 2 que apresentam valores tendencialmente mais baixos de Hb1Ac são também aqueles que têm uma melhor capacidade de controlo da DM. Aveiro (2015) também concluiu no seu estudo acerca da validação da escala DES-SF para a população portuguesa que esta é uma escala válida e fiável para medir a capacitação dos doentes com DM em Portugal e também confirmou a presença de boa correlação entre o valor obtido no final desta escala e a HgA1c. Esta correlação também foi verificada em outros estudos internacionais como os estudos de Macedo et al. (2017), Ebrahimi et al. (2016) Ávila-Jiménez

(2013) e Beckerle (2016). Neste sentido, conclui-se que a avaliação da capacitação se traduz num bom indicador de controlo da doença.

Relativamente à relação estatística entre as características sociodemográficas e familiares e o empoderamento da pessoa com DM tipo 2, verificámos que o género e o tipo de família não apresentavam relação estatisticamente significativa com o empoderamento da pessoa com DM tipo 2. Muito embora, apesar do tipo de família não apresentar relação estatística significativa com o empoderamento da pessoa com DM, ao analisarmos as médias de ordenações obtidas verificámos que as famílias alargadas, reconstituídas e nucleares apresentaram em média maior nível de empoderamento em relação às famílias unitárias e monoparentais. Neste sentido, pensamos que seja importante que o EF tenha especial atenção na sua intervenção junto das famílias monoparentais e unitárias, no sentido de promover o suporte adequado da pessoa com DM. Em relação ao género, também outros estudos não encontram relação estatística com o empoderamento da Pessoa com DM tipo 2, sendo o caso do estudo de Aveiro (2014). Neste sentido, o EF ao intervir junto da pessoa com DM tipo 2, deve ter em consideração que a questão do género não é preditiva do nível da capacitação e controlo da DM tipo 2.

Por outro lado, as características sociodemográficas e familiares que constatámos que apresentaram relação estatisticamente significativa foram: a idade, o estado civil e ainda a posição social que as famílias ocupam na sociedade.

Assim, verificámos que a idade se correlaciona de uma forma baixa e negativa com a capacidade de controlo da DM. Neste sentido, o aumento da idade influencia negativamente o empoderamento das pessoas com DM tipo 2, ou seja, a capacidade de controlo da DM é mais baixa nos escalões etários mais altos e mais elevadas nos escalões etários mais baixos. Cunha et al. (2014) também concluíram no seu estudo que os mais jovens também pontuam com valores médios de *empowerment* para a DM tipo 2 superiores às pessoas idosas. Pelo referido, consideramos que seja importante que o EF adote inovadoras estratégias de promoção da capacitação das pessoas mais idosas, se possível com a envolvimento das suas famílias, por forma a incrementar a adesão ao regime terapêutico deste específico grupo etário.

Relativamente ao estado civil, verificámos que existe correlação com a capacitação das pessoas com DM tipo 2, sendo que, as pessoas portadoras DM tipo 2 e que são casadas, têm um empoderamento face à DM tipo 2 significativamente melhor do que os viúvos. Também Cunha et al. (2014) concluíram no seu estudo que os casados/em união de facto revelam melhor pontuação no empoderamento para a DM tipo 2 do que os que vivem sozinhos. Ao refletir sobre este achado pensamos que seja importante que o EF, na intervenção junto da pessoa com DM tipo 2, tenha em atenção o seu estado civil, com especial atenção às pessoas viúvas que poderão apresentar menor empoderamento para a DM.

Relativamente à posição social que as famílias ocupam na sociedade e o seu empoderamento face à DM tipo 2, permite-nos concluir que a capacidade de controlo da DM era mais baixo nas pessoas com menos rendimentos, menor nível de instrução, que tinham profissões mais

operárias e que possuíam menos conforto habitacional. Por oposição, as pessoas que apresentavam maiores rendimentos, habitações mais confortáveis, maior nível de instrução e profissões mais diferenciadas apresentavam capacidade de controlo da DM tipo 2 mais elevada. Assim, as pessoas com maior posição social, apresentavam maior capacidade para controlo da DM tipo 2 e as pessoas com menor posição social, tinham menor capacidade para controlo da DM tipo 2. Relação estatisticamente significativa entre o empoderamento e a escolaridade, assim como com o tipo de atividade profissional que a pessoa com DM tipo 2 desenvolve também foi confirmado no trabalho de Cunha et al. (2014). Também o estudo Sousa et al. (2019) conclui que maiores níveis de alfabetização sugerem maiores níveis de perceção de autoeficácia.

Ao nível da funcionalidade familiar verificamos a existência de uma associação linear moderada e positiva entre a variável empoderamento e a variável funcionalidade familiar ($\rho = 0,536$; $p = 0,000$). Quando analisamos a associação entre os diferentes elementos da família e a capacidade de controlo da DM, verificamos que apresentam correlações moderadas e positivas. Constatámos, assim, que as pessoas com DM tipo 2 que têm maior capacidade de autocontrolo da sua DM são aquelas que também apresentam um melhor funcionamento familiar. Quando comparamos os resultados obtidos através da escala de capacidade de controlo da DM pelos vários níveis de funcionalidade familiar, verificamos que há uma tendência clara para que os elementos familiares mais funcionais apresentem valores médios de empoderamento mais elevados. Assim, verificámos que as famílias com maior capacidade de controlo da DM são também mais funcionais, ou seja, são aqueles que apresentam maior partilha de recursos e apresentam maior satisfação dos membros da família relativamente à assistência que recebe (Adaptação), com maior capacidade de partilha de decisões e com maior satisfação sobre a reciprocidade dos processos comunicacionais (Participação), que apresentam maior flexibilidade familiar relativamente à mudança de papeis e à concretização do crescimento individual (Crescimento), com maior satisfação relativa à partilha de experiências emocionais e de intimidade (Afeto) e por fim, com maior satisfação da partilha de tempo, de espaço e recursos no contexto das famílias (Decisão), são aquelas que apresentam maiores níveis de empoderamento para a DM tipo 2. Neste sentido, conclui-se que a funcionalidade familiar constitui um fator protetor ao empoderamento da pessoa com DM tipo 2. Este achado vai ao encontro dos resultados do estudo de Mar-García et al. (2017), Lagos-Méndez & Flores-Rodríguez (2014), Peñarrieta et al. (2015) que concluíram que a funcionalidade familiar tem relação significativa com a capacidade para a autogestão da DM.

Para Peñarrieta et al. (2015) a família desempenha um papel importante no incentivo e na manutenção de comportamentos de autogestão da DC. Referem ainda que a autogestão das pessoas com DM melhora quando os familiares estão dispostos a mudar os seus comportamentos para apoiar a pessoa com DM, quando têm um plano comum e assumem hábitos de vida saudáveis. No estudo, Peñarrieta et al. (2015) demonstraram que 25% da população em estudo percebeu disfunção familiar, o que pode sugerir que o doente e a família ainda não alcançaram a adaptação familiar à DC.

Lagos-Méndez & Flores-Rodríguez (2014) confirmam no seu estudo que as pessoas com DC, nomeadamente a DM, com famílias altamente disfuncionais tem maior predisposição a apresentar autogestão da DC inadequada, em comparação com as famílias mais funcionais que têm maior predisposição para manter os cuidados com a doença. Sousa et al. (2021) acrescentam ainda que as famílias podem ser fonte de recurso psicossocial, sendo capazes de absorver e lidar com situações de crise. Neste sentido, Mar-Garcia et al. (2017) concluem também que quanto mais apoio o indivíduo tiver, melhor será o seu comportamento de autocuidado.

Ao nível do suporte familiar há evidências estatísticas para se afirmar que o suporte familiar e o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 estão relacionados. A correlação entre o empoderamento e o total do suporte familiar é positiva baixa ($\rho = 0,340$; $p = 0,000$). Para as dimensões do suporte familiar verificou-se que existe uma correlação positiva moderada na dimensão afetivo-consistente ($\rho = 0,408$; $p = 0,000$) e positiva baixa na dimensão adaptação ($\rho = 0,228$; $p = 0,016$). Para a dimensão autonomia não existe relação significativa do ponto de vista estatístico ($\rho = 0,125$; $p = 0,188$). De facto, a capacidade de controlo da diabetes é tendencialmente maior nos indivíduos com uma melhor perceção do seu suporte familiar. Esta associação verificou-se sobretudo na dimensão afetivo-consistente e na adaptação. Na dimensão autonomia esta relação parece não existir.

Neste sentido, verificámos que as pessoas com DM tipo 2 que estabelecem relações familiares positivas baseadas em expressão de carinho entre os seus membros, de proximidade, onde existe clareza de papéis e clareza de regras dos membros da família, e que apresentam maior competência na resolução de problemas (corresponde à dimensão afetivo-consistente), são pessoas com maior nível de empoderamento para a DM tipo 2, pelo que as relações positivas entre os seus membros constituem um fator protetor no controlo da DM. Ao analisarmos os resultados obtidos, verificamos que o empoderamento da pessoa com DM tipo 2, cujas relações familiares constituem sentimentos negativos sobre a família, tais como raiva, isolamento, exclusão, vergonha, incompreensão e o desinteresse (corresponde à dimensão adaptação), apresentam menor nível de empoderamento. Este facto encontra-se relacionado com a questão das relações familiares baseadas em sentimentos negativos constituírem um fator adverso ao empoderamento da pessoa com DM tipo 2, corroborando os resultados dos estudos de Mayberry & Osborn (2014) e August et al. (2013). Estes resultados são também concordantes com os resultados do estudo de Farias et al. (2020) que conclui que a família é a principal parceira da pessoa com DM tipo 2 no suporte metabólico como também para o empoderamento para o autocuidado, uma vez que ajuda a pessoa com DM a enfrentar o quotidiano com menos ansiedade e lhes dá motivação.

Analisando a intervenção do EF junto da pessoa com DM tipo 2 e da sua família à luz dos resultados obtidos neste estudo e tendo em consideração os pressupostos que os autores da escala IPSF referem no seu trabalho (Gonçalves et al., 2016), podemos concluir que a intervenção do EF junto das pessoas com DM tipo 2 e da sua família deve ser no sentido de

demonstrar que a pessoa com DM precisa de se sentir querida dentro do seu agregado familiar, com maior possibilidade de se sentirem apoiados em diversas situações relacionadas com a sua patologia, promovendo gestão de emoções positivas, permitindo o aumento da auto-estima da pessoa com DM, a diminuição do stresse (August et al., 2013), assim como promover uma comunicação mais efetiva para enfrentarem os problemas do quotidiano (Bennich et al., 2017). Neste sentido, a família constitui uma fonte importante de suporte emocional, no fornecimento de conforto e incentivo quando os doentes enfrentam angústia ou frustração ao longo da vivência da doença e suporte instrumental, que consiste em ajudar a pessoa com DM a realizar tarefas específicas de autocuidado (Santos et al., 2011).

Em suma, ao analisarmos globalmente os resultados do presente estudo, concluímos que são concordantes com os resultados do estudo de David et al. (2019), que refere que a dinâmica familiar tem potencial para influenciar os resultados da DM. Também Hara et al. (2014) relatam que o apoio da família tem uma influência positiva importante no empoderamento da pessoa com DM. Luz (2019) acrescenta ainda que o desenvolvimento de competências de autogestão dos regimes terapêuticos nas pessoas com DC é determinante para o desenvolvimento de empoderamento, sendo este um resultado indireto dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, as pessoas com elevado nível de empoderamento são capazes de incorporar os conhecimentos necessários que lhes permitem (con)viver com a sua DC. Luz (2019) conclui ainda no seu estudo, que entre outros fatores, a família constitui um fator inibidor ou facilitador do empoderamento.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

No presente subcapítulo são apresentadas as conclusões que emergem do desenvolvimento deste trabalho de investigação e da análise dos resultados obtidos, bem como as principais limitações do estudo e as implicações para a prática profissional do EF.

O estudo desenvolvido possibilitou dar resposta à questão de investigação e aos objetivos inicialmente traçados, na medida em que possibilitou caracterizar sociodemográfica e clinicamente os participantes no estudo; avaliar se o valor de HbA1c prediz a variabilidade do Empoderamento da Pessoa com DM tipo 2; avaliar se as características sociodemográficas e familiares predizem a variabilidade do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2; avaliar se a funcionalidade familiar prediz o Empoderamento da pessoa com DM tipo 2 e por fim avaliar se o suporte familiar é preditor do Empoderamento da pessoa com DM tipo 2.

Desta forma, com o presente trabalho de investigação foi possível conhecer melhor as características de uma população de indivíduos com DM tipo 2 e avaliar as suas dinâmicas familiares ao nível da funcionalidade e do suporte familiar, assim como avaliar o empoderamento das mesmas, verificando a existência ou não de relação significativa entre as variáveis.

No que se refere às principais conclusões do estudo e do ponto de vista de caracterização sociodemográfica e familiar obtivemos uma amostra de participantes maioritariamente do sexo feminino, com uma predominância de idades igual ou superior a sessenta e seis anos, pertencentes a uma classe social IV, maioritariamente casados ou que viviam em união de facto. Relativamente ao tipo de famílias, eram maioritariamente nucleares, e a maioria dos participantes estavam reformados. Ao nível clínico os participantes de um modo geral, estão classificados em destaque em pré-obesidade, a maioria apresenta HT, apresentam HgA1c predominantemente igual ou inferior a 7%, medicados sobretudo com antidiabéticos orais, sendo que associavam alguns cuidados com a alimentação. Uma percentagem significativa admite que apresentavam limitações para a prática de exercício físico e a maioria dos participantes efetuou pelo menos uma consulta de vigilância no último ano. Em relação à avaliação da funcionalidade familiar, a maioria das famílias foram identificadas como sendo funcionais, assim como ao nível da perceção do suporte familiar, a maioria também identifica como tendo um suporte familiar elevado.

Do ponto de vista da análise inferencial concluímos que conseguimos testar todas as hipóteses. Neste sentido, constatamos que a HgA1c é preditiva da variabilidade do empoderamento da pessoa com DM tipo 2; ao nível das variáveis de caracterização sociodemográfica e familiar concluímos que são preditivas da variabilidade do empoderamento da pessoa com DM tipo 2 apenas a idade, estado civil e estatuto social, nível de instrução, rendimento, atividade profissional e condições habitacionais; a variável funcionalidade familiar apresenta relação

estatisticamente significativa com o empoderamento; e a variável suporte familiar também apresentava relação significativa com o empoderamento da pessoa com DM tipo 2, com exceção na dimensão Decisão.

Face aos resultados obtidos, acreditamos que a intervenção do EF junto das pessoas com DM tipo 2 passa pela promoção do seu empoderamento através da inclusão da família no processo de cuidados, permitindo que a pessoa com DM tenha maior capacidade em identificar os seus problemas, gerir as suas emoções, traçar metas, traçar um plano funcional e contornando os obstáculos que vão surgindo na vivência/vivência desta DC. Cabe ao EF gerir o processo de adaptação à doença da pessoa com DM e sua família ou sempre que haja menor adesão ao regime terapêutico. O propósito será facilitar os ajustes necessários do sistema familiar ao nível da funcionalidade e suporte, tendo em consideração as características do próprio indivíduo e família, por forma a obtermos maior empoderamento da pessoa com DM tipo 2 e consequentemente maior adesão ao autocuidado e controlo metabólico. Neste sentido consideramos obter mais ganhos em saúde, na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DM tipo 2 e das suas famílias, e por outro lado, menos gastos em saúde.

Pelos motivos apontados sugere-se a realização de outros estudos desta natureza em Portugal, noutros contextos de trabalho e com amostras representativas, a fim de que se possa ter um maior entendimento sobre esta problemática e permitindo o desenvolvimento do conhecimento neste âmbito.

Uma das limitações deste trabalho de investigação prende-se com questões de limitação temporal, bem como o facto de o estudo ter sido efetuado durante a pandemia por Covid-19. Este fator, condicionou o acesso dos utentes à unidade de saúde, que impediu a recolha de dados numa amostra de maiores dimensões e que fosse representativa da população em estudo. Por consequentemente, não permitiu a generalização dos resultados. O facto de a colheita de dados ter sido efetuada em contexto de pandemia, também condicionou a aplicação da escala de APGAR familiar a apenas um elemento da família, aquele que acompanhava o utente (filho/a ou cônjuge), não tendo sido aplicada a todo o agregado familiar, como era suposto.

É importante salientar que o facto de a investigadora ter um forte envolvimento prévio com os participantes, foi considerado como ponto forte do trabalho, porque permitiu que os participantes sentissem motivados a participar no estudo, sobretudo porque a colheita de dados foi efetuada num contexto de pandemia por Covid-19. Por outro lado, pode ser considerado também um ponto fraco uma vez que pode ter levado à distorção dos dados colhidos, quer pela investigadora aquando da aplicação do formulário, quer pelos participantes que podem querer ter ido ao encontro das expectativas da investigadora.

Para finalizar, acreditamos que a realização deste trabalho tenha vindo reforçar, ao nível da evidência, a importância da família ao nível das suas características, do suporte familiar que pode proporcionar à pessoa com DM tipo 2, assim como os ajustes ao nível da funcionalidade

familiar, podendo ajudar ou não a pessoa com DM tipo 2 no desenvolvimento do seu empoderamento.

SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Este relatório reflexivo permitiu dar resposta aos objetivos inicialmente traçados para o mesmo, na medida em que se procurou evidenciar o trabalho desenvolvido na UCSP de Miranda do Corvo, analisando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas, as dificuldades na sua concretização e as estratégias usadas para as ultrapassar. Foi ainda possível com este documento apresentar o trabalho de investigação desenvolvido, integrado no estágio de natureza profissional, que procurou sobretudo avaliar o empoderamento da pessoa com DM tipo 2 e avaliar de que forma os fatores familiares (funcionalidade familiar e suporte familiar), assim como as características sociodemográficas e familiares, e a HgA1c estão ou não relacionados com esta variável.

A DM constitui um grave problema de saúde pública pela sua crescente prevalência na população, pelas suas complicações e mortalidade e pelos altos custos financeiros e sociais decorrentes do tratamento e deterioração significativa da qualidade de vida das pessoas com DM e suas famílias. Neste sentido, é descrita de forma consistente como sendo uma das DC mais exigentes do ponto de vista comportamental e psicológico, cujo impacto se estende à família e à sociedade, pois constitui um processo que envolve uma contínua adaptação no estilo de vida associado a um regime terapêutico complexo. O desenvolvimento de competências para a autogestão do regime terapêutico nas pessoas com DC está relacionado com o empoderamento, pelo que este constitui um resultado indireto nos cuidados de enfermagem.

Face ao exposto, compreende-se que é exigida uma abordagem multifatorial por uma equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro assume um papel ativo e fundamental. Este encontra-se numa posição estratégica para intervir numa lógica enfermeiro/pessoa/família/grupos/comunidade, com recurso a metodologia científica para a identificação de problemas de saúde, mobilização de recursos, que permitam uma intervenção a nível sistémico e numa abordagem colaborativa com o utente/família, no sentido de o ajudar a atingir os seus objetivos.

Neste âmbito, o EF apresenta um importante papel na promoção do empoderamento da pessoa com DM tipo 2 e sua família, através de uma abordagem colaborativa, centrada na família e nos seus processos desenvolvimentais. O objetivo será, ajudar a mobilizar os recursos internos e externos da família que permitam fortalecer a saúde da família e a sua autonomia, desenvolver estratégias de *coping* perante os desafios/obstáculos que vão surgindo com a vivência da pessoa com DM Tipo 2. Neste sentido, o EF surge como facilitador de processos de transições situacionais saudáveis.

A realização do estudo que faz parte deste Relatório constituiu uma oportunidade de aprendizagem tanto a nível pessoal, como a nível profissional, na promoção do empoderamento da pessoa com DM tipo 2 e sua família. Pretende-se, desta forma, que o presente trabalho de investigação tenha contributos para a prática de enfermagem de saúde familiar, baseada na

evidência, e que venha a constituir uma mais-valia para a prática dos profissionais de saúde da UCSP de Miranda do Corvo em particular, e dos profissionais de saúde em geral.

A realização deste relatório de estágio que congrega estágio de natureza profissional e o trabalho de investigação desenvolvido, constituiu uma oportunidade privilegiada de reflexão. Proporcionou e valorizou a reconstrução pessoal do conhecimento já existente ao promover novas formas de aprendizagem, de compreensão dos fenómenos e de intervir.

A experiência menos positiva, e geradora de algum stresse prende-se, inicialmente, com a dificuldade de conciliar a elevada carga horária presencial de estágio profissional, em pleno contexto de pandemia, com a atividade profissional e pessoal. Esta situação foi superada, em parte, pela aprovação da realização de estágio no local onde exercia funções, pois caso não acontecesse, teria sido impossível, neste contexto pandémico, ter sido levado a cabo o estágio profissional com uma carga horária presencial tão elevada. O apoio incondicional por parte da Enfermeira Supervisora, dos docentes orientadores, amigos e família tornou-se essencial para a sua realização (tanto do estágio profissional como realização do trabalho de investigação).

Quanto às experiências positivas mais marcantes, destacam-se: a aquisição de competências ao nível da investigação que se revelam essenciais para o desenvolvimento de uma prática profissional baseada na evidência; a aquisição de competências no âmbito da área especializada da , uma vez que ao desenvolver a atividade profissional neste âmbito, baseada numa abordagem colaborativa, de avaliação e intervenção na família possibilitou um entendimento sistémico do indivíduo/família de forma a permitir que vivenciem os processos transicionais de forma saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: Do Conceito aos Meios de Avaliação. *Revista Portuguesa Clínica*, 32, 6–17.
- Almeida, M., Sousa, M. R., & Loureiro, H. (2019). Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(22), 33–41. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19037>
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Fitzgerald, J. T., & Marrero, D. G. (2000). *The Diabetes Empowerment Scale*. *Diabetes Care*, 23(6), 739–743. DOI: 10.2337/diacare.23.6.739
- Anderson, R. M., Funnell, M. M., Butler, P. M., Arnold, M. S., Fitzgerald, J. T., & Feste, C. C. (1995). Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18(7), 943–949. <https://doi.org/10.2337/diacare.18.7.943>
- Andreson, T. J. (2013). Aplicabilidade do modelo bioecológico do desenvolvimento de bronfenbrenner no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Técnico-Científica Do Instituto Federal de Santa Catarina*, 2(2), 144–153. <https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/rtc/article/view/1373>
- Aquino, R., Nunes Baptista, M., & Silva de Souza, M. (2011). Relação entre Percepção de Suporte Familiar e Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. *Revista Psicologia e Saúde*, 2003, 30–38. <https://doi.org/10.20435/pssa.v3i2.100>
- Associação Americana de Diabetes. (2018). Lifestyle management: Standards of medical care in Diabetes - 2018. *Diabetes Care*, 41(1), 38–50. <https://doi.org/10.2337/dc18-S004>
- August, K. J., Rook, K. S., Franks, M. M., & Stephens, M. A. P. (2013). Spouses' involvement in their partners' diabetes management: associations with spouse stress and perceived marital quality. *Journal of Family Psychology*, 27(5), 712–721. <https://doi.org/DOI:10.1037/a0034181>
- August, K. J., & Sorkin, D. H. (2010). Marital Status and Gender Differences in Managing a Chronic Illness: The Function of Health-Related Social Control. *Social Science Medicine*, 71(10), 1831–1838. DOI:10.1016/j.socscimed.2010.08.022
- Aveiro, M. S. (2014). *Validação Populacional da Escala de Capacitação de Controlo da Diabetes - Versão Breve (DES-DF)* [Master's Thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/28994/1/Tese%20%20Marcelo%20Sousa%20Aveiro.2014%20FINAL.pdf>
- Aveiro, M., Santiago, L. M., Lopes Ferreira, P., & Simões, J. A. (2015). Estudo de Fiabilidade da

- Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes: Versão Breve. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 177. <https://doi.org/10.20344/amp.5679>
- Ávila-Jiménez, L., Cerón O., D., Ramos-Hernández, R. I., & Velázquez L., L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Medica de Chile*, 141(2), 173–180. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200005>
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89–112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>
- Baptista, M. N., Soares, T. F. P., & Grendene, F. (2018). Evidências de Validade de Construto do Inventário de Percepção de Suporte Familiar para Idosos - IPSF-ID. *Rev. Kairós*, 21(2), 113–134. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p113-134>
- Beckerle, C. M., & Lavin, M. A. (2013). Association of self-efficacy and self-care with glycemic control in diabetes. *Diabetes Spectrum*, 26(3), 172–178. <https://doi.org/10.2337/diaspect.26.3.172>
- Bennich, B. B., Røder, M. E., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F. K., Vilsbøll, T., & Konradsen, H. (2017). Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: An integrative review. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13098-017-0256-7>
- Boavida, M. (2013). Educação do doente terapêutico no tratamento da diabetes. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32, 32–34. <https://www.revportcardiol.org/pt-educacao-do-doente-terapeutico-no-articulo-S0870255113700453>
- Burns, K., Nicolucci, A., Holt, R. I. G., Willaing, I., Hermanns, N., Kalra, S., Wens, J., Pouwer, F., Skovlund, S. E., & Peyrot, M. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study: Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30(7), 778–788. <https://doi.org/10.1111/dme.12239>
- Chaves, F. F., Afonso, I. R., Silvina, Adriana, P., & Carvalho, Heloísa De, T. (2017). Tradução , Adaptação Cultural e Validação do Diabetes Empowerment Scale – Short Form. *Revista de Saúde Pública*, 51(16), 1–9. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/MxWG88yMChv5h9gcsVnRTNJ/?lang=pt&format=pdf>
- Chen, M. F., Wang, R. H., Lin, K. C., Hsu, H. Y., & Chen, S. W. (2015). Efficacy of an empowerment program for Taiwanese patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 28(4), 366–373. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.12.006>
- Correia, L. I. S. (2018). *Intervenção do Enfermeiro de Família na Adesão ao Regime Terapêutico*

- no utente com Diabetes Mellitus tipo 2* [Master's Thesis, Universidade de Aveiro].
Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/24216>
- Cortez, D. N., Macedo, M. M. L., Souza, D. A. S., Dos Santos, J. C., Afonso, G. S., Reis, I. A., & Torres, H. D. C. (2017). Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: A cluster randomized trial. *BMC Public Health*, *17*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3937-5>
- Costa, V., Pereira, M. G., & Pedras, S. (2012). Partner support, social-cognitive variables and their role in adherence to self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, *9*(3), 81–86. <https://doi.org/10.1002/edn.212>
- Cunha, M., André, S., Granado, J., Albuquerque, C., & Madureira, A. (2015). Empowerment and Adherence to the Therapeutic Regimen in People with Diabetes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *171*, 289–293. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.124>
- Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte Social, Empowerment e Doença Crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 1, 21–26. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2677>
- David, D., Dalton, J., Magny-Normilus, C., Brain, M. M., Linster, T., & Lee, S. J. (2019). The quality of family relationships, diabetes self-care, and health outcomes in older adults. *Diabetes Spectrum*, *32*(2), 132–138. <https://doi.org/10.2337/ds18-0039>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, nº149. <https://files.dre.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 do Ministério da Saúde (2007). Diário da República: I Sério, nº 161 <https://files.dre.pt/1s/2007/08/16100/0558705596.pdf>
- Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) (2016) – *Biblioteca Virtual em Saúde*. <http://decs2016.bvsalud.org/>
- Despacho n.º 6401/2016 do Ministério da Saúde (2016). Diário da República: II Série, nº 94 <https://files.dre.pt/2s/2016/05/094000000/1523915239.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-para-a-diabetes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-diabetes-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. In Norma da Direção Geral da Saúde nº 002/2011 de 14 de Janeiro de 2011. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Diagnóstico-e-Classificação-da-Diabetes-Mellitus.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2011/2015). Abordagem Terapeutica Farmacológica na Diabetes

- mellitus tipo 2 no adulto. In Norma da Direção Geral da Saúde nº 052/2011 de 27 de dezembro de 2011 e atualizada a 27 de abril de 2015. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Diagnóstico-e-Classificação-da-Diabetes-Mellitus.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2013). Avaliação antropométrica do adulto. In Norma da Direção Geral da Saúde nº 017/2013 de 05 de dezembro de 2013. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172013-de-05122013-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2011/2013). Hipertensão Arterial: definição e classificação. In Norma da Direção Geral da Saúde nº 020/2011 de 28 de setembro de 2011 e atualizada a 19 de março de 2013. <https://nocs.pt/definicao-classificacao-hipertensao-arterial/>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Diabetes - 2017. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111->
- Dornelles, S., Silva, G. V. M. D., Mattosinho, M. M. S., Kuhén, A. E., Baião, S., & Sandoval, R. (2013). O Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus e sua família. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 496–501. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33562>
- Duvall, E. M. (1962). *Family development* (2nd ed.).
- Ebrahimi, H., Sadeghi, M., Amanpour, F., & Vahedi, H. (2016). Evaluation of empowerment model on indicators of metabolic control in patients with type 2 diabetes, a randomized clinical trial study. *Prim Diabetes Care*, 10(2), 129–135. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.pcd.2015.09.003>
- Farias, G. M., Cavalcante, L. F. D., Pinto, J. R., Matos, M., Lima, L. F., Caldas, M. E. A., Carneiro, R. V., & Queiroz, D. T. (2020). Apoio familiar na compreensão do diagnóstico e empoderamento de homens com diabetes mellitus. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 33(Supl.), 1–5. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.11825>
- Federação Internacional de Diabetes. (2019). *IDF - DIABETES ATLAS – 9ª edição*. https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Doctoral Dissertation, Universidade do Porto] Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/85134/2/139323.pdf>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família.* (2ªEd). Lusociência.
- Figueiredo, M., & Martins, M. M. F. P. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 43(3), 612–618. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017>

- Fitzgerald, M., O'Tuathaigh, C., & Moran, J. (2015). Investigation of the relationship between patient empowerment and glycaemic control in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 5(12), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008422>
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. (1ª ed.). Lusociência
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação* (ed.). Lusodidacta.
- Gómez-Velasco, D. V., Almeda-Valdes, P., Martagón, A. J., Galán-Ramírez, G. A., & Aguilar-Salinas, C. A. (2019). Empowerment of patients with type 2 diabetes: Current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 12, 1311–1321. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S174910>
- Gonçalves, M., Baptista, M. N., & Farcas, D. (2016). IPSF: Analysis of internal structure in a sample of Portuguese young adults. *Avaliação Psicológica*, 15(1), 115–123. <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1501.12>
- Granado, J. J. P. (2013). *Empowerment e a Adesão ao regime Terapêutico em Pessoas Portadoras de Diabetes*. [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1989>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação*. 2ª ed. Lusociência.
- Hara, Y., Iwashita, S., Okada, A., Tajiri, Y., Nakayama, H., Kato, T., Nakao, M., Tsuboi, K., Breugelmans, R., & Ishihara, Y. (2014). Development of a novel, short, self-completed questionnaire on empowerment for patients with type 2 diabetes mellitus and an analysis of factors affecting patient empowerment. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-8-19>
- Heissam, K., Abuamer, Z., & El-Dahshan, N. (2015). Patterns and obstacles to oral antidiabetic medications adherence among type 2 diabetics in Ismailia, Egypt: A cross section study. *Pan African Medical Journal*, 20, 1–7. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.177.4025>
- Henriques, A. (2013). *Impacto da Atividade Física Habitual na Independência Funcional da Pessoa Idosa em Contexto de Centros de Dia* [Master's Thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=4148&l=1
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário*. (2ª Ed.). Edições Sílabo.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016a). 1º Inquérito Nacional de Saúde com

- Exame Físico - Estado de Saúde (INSEF 2015). http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_relatório_estado-de-saude.pdf
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016b). I Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Relatório Metodológico. In *Insa*. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3832/3/1_INSEF_relatorio_metodologico.pdf
- Korkiakangas, E. E., & Al, E. (2011). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 25(1). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x>
- Lagos-Méndez, H., & Flores-Rodríguez, N. (2014). Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidado y Salud: Kawsayninchis*, 1(2), 85–92. https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v1i2.1111
- Laureano, R. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida*. Edições Silabo.
- Lei n.º 58/2019 (Regulamento de Proteção de dados), Assembleia da República. (2019). Diário da República: I Série, nº 151. <https://files.dre.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Li, L., Ji, L., Guo, X., Ji, Q., Gu, W., Zhi, X., Li, X., Kuang, H., Su, B., Yan, J., & Yang, X. (2015). Prevalence of microvascular diseases among tertiary care Chinese with early versus late onset of type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29(1), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.08.010>
- Łuczynski, W., Głowińska-Olszewska, B., & Bossowski, A. (2016). Empowerment in the Treatment of Diabetes and Obesity. *Journal of Diabetes Research*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/5671492>
- Luz, E. L. (2019). *O empowerment como resultado na autogestão da Doença Crónica e regime terapêutico*. [Docotral Dissertation, Universidade Católica]. Repositório Institucional da Universidade católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/27685>
- Macedo, M. M. L., Cortez, D. N., Santos, J. C. dos, Reis, I. A., & Torres, H. de C. (2017). Adesão e empoderamento de usuários com diabetes mellitus para práticas de autocuidado: ensaio clínico randomizado. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0), 1–8. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016050303278>
- Mar-García, J., Peñarrieta-de Córdova, I., León-Hernández, R., Gutiérrez-Gómez, T., Banda-González, O., Rangel-Torres, S., & de León-Ramírez, M. (2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>

- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*. (3ª Ed.) Edições Sílabo.
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2014). Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Educ Couns*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.09.011>.Family
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - midle range and situation specifc theories in nursing research and pretctice*. (1ª ed.) Springer. (https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situ_ation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Meleis, A.I., Saweyr, L.M, S., Im, E.O., & Hilfinger Messias, D.K., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advance in Nursing Science*, 23(1), 12–28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421–426. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>
- Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., & Gharlipour, Z. (2018). Social Support and Self - Care Behavior Study. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(48), 1–6. DOI: 10.4103/jehp.jehp_73_17
- Monteiro, R. de O. P. (2019). Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da Enfermagem de Saúde Familiar. [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Politecnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/4853>
- Mumu, S. J., Saleh, F., Ara, F., Afnan, F., & Ali, L. (2014). Non-adherence to life-style modification and its factors among type 2 diabetic patients. *Indian J Public Health*, 58(1), 40–44. DOI: 10.4103/0019-557X.128165
- Nogueira, C. J., Leal, S. M. de O., & Dantas, E. H. M. (2021). Precautions and recommendations for physical exercise in face of COVID-19: an integrative review. *Scielo*. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.504>
- Oftedal, B. (2014). Perceived support from family and friends among adults with type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 11(2), 43–48. <https://doi.org/10.1002/edn.247>
- Oliveira, C. R. (2020). Indicadores de Integração de Imigrantes - Relatório Estatístico Anual 2020. (1ª ed.). https://www.animar-dl.pt/site/assets/files/4181/relatorio_imigrantes.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da República: II série, n.º 35. <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República: II série, nº 26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem do Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 367/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II Série nº 124 . <https://files.dre.pt/2s/2015/06/124000000/1738417391.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário Da República: II série, nº 135. <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Guia de recomendações para as Consultas de Enfermagem à Distância/ Teleconsulta - Versão 1. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20833/recomendac-o-es-telenfermagem-src-oe_emcp.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Pais Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. (2ª Ed.). Legis Editora, 2008. ISBN 989-8148-16-0.
- Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). A systematic review: Family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled type II diabetes mellitus patients. *Behavioral Sciences*, 7(3), 1–17. <https://doi.org/10.3390/bs7030062>
- Peñarrieta, M. I., Flores-Barrios, F., Gutiérrez-Gómez, T., Piñones-Martínez, S., Resendiz-Gonzalez, E., & Quintero-Valle, L. María. (2015). Self-management and family support in chronic diseases. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(11), 73–80. <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n11p73>
- Pereira, A. (2006). *SPSS Guia Prático de Utilização: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Edições Sílabo.
- Pestana, M. H.; Gameiro, J. N. (2008). *Análise de Dados Para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. (5ª Ed.). Edições Sílabo.
- Peterson, R. (1994). Coefficient Alpha. *Journal of Consumes Research*, 21(3), 381-391. <http://doi.org/10.4135/9781412961288.n53>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa* (ed.). Formasau.

- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., Maryniuk, M. D., Siminerio, L., & Vivian, E. (2015). Diabetes Self-Management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *115*(18), 1323-34. DOI: 10.1016/j.jand.2015.05.012
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia*. Legis Editora.
- Rosland, A. M., Heisler, M., & John D. Piette, P. (2012). The Impact of Family Behaviors and Communication Patterns on Chronic Illness Outcomes: A Systematic Review. *J Behav Med.*, *23*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9354-4>.
- Rosland, A. M., & Piette, J. (2010). Emerging Models for Mobilizing Family Support for Chronic Disease Management: A Structured Review Ann-Marie. *Chronic Illn*, *1*(6), 7–21. <https://doi.org/10.1177/1742395309352254>.
- Samuel-Hodge, C. D., Cene, C. W., Corsino, L., Thomas, C., & Svetkey, L. P. (2013). Family diabetes matters: A view from the other side. *Journal of General Internal Medicine*, *28*(3), 428–435. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2230-2>
- Santos, A. D. L., Pollyanna, H., Cecílio, M., Teston, E. F., & Marcon, S. S. (2012). Conhecendo a Funcionalidade Familiar Sob a Ótica Do Doente Crônico. *Texto Contexto Enfermagem*, *21*(4), 879–886. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>
- Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. M., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. D. C., & Azevedo, I. C. S. C. (2016). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, *0*(49), 153–171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>
- Santos, M., Pinheiro, R., Aparecido, V., Pimentel, C., Souza, C., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista Da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, *45*(3), 651–658. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>
- Silva, L. W. S. (2007). *A Dinâmica das Relações da Família com o membro Idoso Portador de Diabetes Mellitus Tipo 2* [Doctoral dissertation, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90047/243039.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Silva, M. J., Victor, J. F., Mota, F. R. do N., Soares, E. S., Leite, B. M. B., & Oliveira, E. T. (2014). Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Escola*

- Anna Nery *Revista de Enfermagem*, 18(3), 527–532.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/NBVTbDTftKzLjhyGLGHSNzm/?lang=en&format=pdf>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1978-volume_6-7/JFP_1978-06_v6_i6_the-family-appear-a-proposal-for-a-family.pdf
- Smilkstein, G. (1984). The physician function assessment. *Fam Syst Medicine*, 2(3), 263–278.
<https://doi.org/10.1037/h0091661>
- Smilkstein, G. & Montano, D. (1982). *Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function*. October. https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1982-volume_14-15/JFP_1982-08_v15_i2_validity-and-reliability-of-the-family-a.pdf
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes - Factos e Números o ano de 2015*.
<https://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>
- Sousa-Muñoz, R. L., & Sá, A. D. (2020). Social support, family functionality and glycemic control of diabetic patients type 2. *Rev Med*, 99(5), 432–441.
[file:///C:/Users/doram/Downloads/143945-Texto%20do%20artigo-455949-1-10-20201209%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/doram/Downloads/143945-Texto%20do%20artigo-455949-1-10-20201209%20(1).pdf)
- Sousa, M. R., Pereira, F., Martins, T., Rua, I., Ribeiro, I., Cerdeira, C., & Santos, C. (2017). Impact of an educational programme in Portuguese people with diabetes. *Action Research*, 27(2), 1–19. <https://doi.org/doi:10.1177/1476750317736369>
- Sousa, M R, Almeida, M., Loureiro, H., & Martins, T. (2019). *Study of the Psychometric Properties of the Diabetes Empowerment Scale Short Form (DES-SF)*. *Portuguese Journal of Public Health*, 37(2–3), 66–72. <https://doi.org/10.1159/000504629>
- Sousa, W. É. A. S., Sardinha, A. H. de L., Verزارo, P. M., Balata, I. L. B., Dos Santos, S. R., & Guterres, D. M. B. (2021). Funcionalidade familiar de idosos com diabetes mellitus. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 612–618. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9346>
- SPMS. (2020). *BI - CSP UCSP Miranda do Corvo*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2061806/Pages/default.aspx>
- SPMS. (2021). *BI - CSP UCSP Miranda do Corvo*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20021/2061806/Pages/default.aspx>
- Taddeo, S., Gomes, K., Caprara, A., Gomes, A. M. de A., Oliveira, G., & Moreira, T. M. M. (2012). Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases. *Ciência & Saúde*

Coletiva, 17(11), 2923–2930.

- Tamara, E., Nauli, F. A., Studi, P., Keperawatan, I., & Riau, U. (2014). Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jom Psik*, 1(2), 1–7. <https://doi.org/S1413-81232011001200004> [pii]
- Tharek, Z., Ramli, A. S., Whitford, D. L., Ismail, Z., Zulkifli, M. M., Khuzaimah, S., Sharoni, A., Shafie, A. A., Jayaraman, T. (2018). *Relationship between self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting*. *BMC Family Practice*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0725-6>
- Torres, H. de C., Barroso, R. A. D. A., Pagano, A. S., Reis, I. A., & Rodrigues, J. S. N. (2017). Performance of the Expert Committee in the Cultural Adaptation of the Diabetes Empowerment Scale-Short Form (Des-Sf). *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 21, 1–8. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170053>
- UA, UTAD, & IPB. (2020). *Guia Orientador de Estágio Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar* 2020/2021. https://doi.org/https://elearning.ua.pt/pluginfile.php/3333186/mod_resource/content/1/MES_F_GUIA_ESTA%C3%ACGIO_2020_2021%20.pdf
- Uva, M. D. S., Roquette, R., Torres, A. R., & Rodrigues, A. P. (2020). Pandemia da COVID-19: caracterização da atividade dos Médicos-Sentinela durante o primeiro estado de emergência. *Observações - Boletim Epidemiológico*, 19–22. https://run.unl.pt/bitstream/10362/111372/1/Uva_Observ_2020_Esp12_19.pdf
- Vilar, A. I. (2012). *A Família e a Autogestão dos Processos de Saúde Doença: o caso da diabetes tipo 2*. In Carvalho, J. C. et al. (Eds) - *Transferibilidade Do Conhecimento Em Enfermagem de Família* (61–66). Escola Superior de Enfermagem do Porto. [http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F539391365/Transferibilidade_conhecimento_EF\[e-book\].pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F539391365/Transferibilidade_conhecimento_EF[e-book].pdf)
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 148–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01795.x>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias - Guia Para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). Roca Editora.
- Zanetti, M. L., Biagg, M. V., Santos, M. A. dos, Péres, D. S., & Teixeira, C. R. de S. (2008). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista brasileira de Enfermagem*, 61(2), 189–199. <https://www.scielo.br/j/reben/a/bgLmLP6GTzwpcDG3ZP535Qz/?format=pdf&lang=pt>

ANEXOS

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL (condicionado. Os investigadores devem colocar o número do contacto telefónico no consentimento informado)	DESPACHO: <i>Henriqueta dos Santos</i> <i>Resposta</i> <i>1009 2020</i> Quedão bil. e lvo da ARS do Centro, I.P.
--	--

ASSUNTO:	Título: "Fatores Familiares Preditivos da Variabilidade do Empoderamento da Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2" (processo 059-2020). Autores: Dora Filipa Nascimento Marques / João Filipe Fernandes Lindo Simões / Helena Maria Almeida Macedo Loureiro Universidade de Aveiro/Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro/Instituto Politécnico de Bragança.
-----------------	--

[Handwritten signatures and stamps]
Dr. João Rodrigues
Presidente
Dr. Vítor António
Mestre

"Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), enquanto área disciplinar, reconhece o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros, em que o Enfermeiro de Família (EF) é o facilitador da autonomia da família na adaptação contínua nos processos de saúde/doença, gerindo e organizando os cuidados de saúde e os recursos internos e externos à Família.

Ao nível da promoção da saúde, o *empowerment* para a saúde é um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. Assim, o *empowerment* para a saúde individual refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal."

Tendo em consideração estes aspetos, e procurando contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na área disciplinar da ESF, bem como contribuir para uma intervenção mais eficiente, estruturada e fundamentada do EF junto da pessoa com DM tipo 2 e sua família, pretende-se, com este estudo, responder à seguinte questão de investigação: Quais os fatores familiares preditivos da variabilidade do empoderamento da pessoa com *Diabetes Mellitus* tipo 2?"

A população do estudo será constituída por as pessoas com diagnóstico de DM tipo 2, e que são seguidos na consulta de diabetes na UCSP de Miranda do Corvo, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Pinhal Interior Norte (PIN), Administração Regional de Saúde (ARS) Centro. Os critérios de inclusão são pessoas com DM tipo 2 e seus elementos do agregado familiar, seguidas, há mais de 1 ano, em consulta de vigilância de DM.

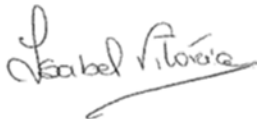
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

A colheita de dados será realizada através da aplicação de um formulário constituído por quatro partes:

- caracterização sociodemográfica - Escala de *Graffar* Adaptada por Fausto Amaro (1990)
- breve questionário acerca da caracterização clínica da DM
- aplicação da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes - Versão Breve
- aplicação das escalas APGAR Familiar de Smilkstein (Agostinho e Rebelo, 1988) e o Inventário de Perceção de Suporte Familiar IPSF (Gonçalves, Baptista e Farcas, 2016).

É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes, no entanto os investigadores devem colocar o número do seu contacto telefónico no consentimento informado. A garantia da confidencialidade dos dados obtidos, está assegurada.

O Relator e Presidente da CES-ARS do Centro



Prof^ª. Doutora Isabel Vitória Figueiredo



Prof. Doutor Fontes Ribeiro

ANEXO II

Autorização de Utilização da DES-SF



Dora Marques <dora.marques@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes - Versão Breve

3 mensagens

Dora Marques <dora.marques@gmail.com>
Para: marceloaveiro90@gmail.com
Cc: João Simões <jflindo@ua.pt>

7 de julho de 2020 às 18:14

Exmo Sr Doutor Marcelo Aveiro

Assunto: **Pedido de autorização para utilização da Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes - Versão Breve**

Dora Filipa Nascimento Marques, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, que lhe seja concedida a autorização para a aplicação da **Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes - Versão Breve**, na sua versão traduzida e adaptada para Português Europeu (2014).

Este pedido surge no contexto da realização de um estudo para elaboração de Relatório de Estágio cujo tema se relaciona com os *Fatores Familiares Preditivos da Variabilidade do Empoderamento da Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2*, sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, e coorientação científica a definir.

Este estudo tem como principal objetivo:

- Identificar os fatores familiares que são preditivos da variabilidade do Empoderamento da pessoa com *Diabetes Mellitus* tipo 2, da UCSP de Miranda do Corvo.

Gostaria, se o parecer for positivo, de realizar a recolha de dados nos meses de outubro de 2020 a fevereiro de 2021.

Caso seja do vosso interesse, disponibilizar-vos-ei os resultados deste estudo.

Agradecendo desde já a atenção dispensada, encontro-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atentamente,

A estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar,
Dora Marques

Marcelo Aveiro <marceloaveiro90@gmail.com>
Para: Dora Marques <dora.marques@gmail.com>

7 de julho de 2020 às 21:14

Boa noite Dora

Eu apenas validei a escala por isso acho que não necessita da minha autorização. No entanto, se for necessário, tem a minha total permissão.

Gostaria muito de saber os resultados que obtive

Melhores cumprimentos
Marcelo Sousa Aveiro

ANEXO III

Autorização de Utilização do IPSF

São Paulo, 24 de julho de 2020.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE MATERIAL PARA FINS DE PESQUISA ACADÊMICA

O psicólogo Makilim Nunes Baptista, autor e detentor dos direitos autorais do Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF, e a Vetor Editora, atual detentora dos direitos patrimoniais do referido instrumento, autorizam a enfermeira Dora Filipa Nascimento Marques, aluna do programa de pós-graduação em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro, em Portugal, a utilizar a adaptação do mencionado inventário que foi desenvolvida pelo autor do teste, para fins exclusivos de sua pesquisa de mestrado, intitulada: *"Fatores familiares preditivos da variabilidade do empoderamento da pessoa com diabetes mellitus tipo 2"* sob a orientação do Dr. João Filipe Fernando Lindo Simões. Ressaltamos que esta autorização se refere exclusivamente à utilização do IPSF adaptado em aplicações que tenham a finalidade de investigar os objetivos propostos no trabalho de mestrado acima mencionado, não sendo, portanto, permitido que o material seja reproduzido ou comercializado para outra finalidade. Sendo o que tínhamos para o momento, nos colocamos à disposição para maiores informações ou eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Makilim Nunes Baptista
Psicólogo
CRP: 06/47038

Ricardo Mattos
CEO - Diretor Executivo

Cristiano Esteves
Gerente Produtos e Pesquisa
CRP: 06/53615

De acordo: _____

Dora Filipa Nascimento Marques
Aluna

Dr. João Filipe Fernando Lindo Simões
Orientador

Rua Cubatão, 48 - Paraíso
Cep: 04013-000 - São Paulo - SP
Tel: 55 11 3212 4570

Rua Lions Club, 86 - Vila Nova
Cep: 01373-030 - Campinas - SP
Tel: 55 11 3212 4570

www.vetoreditora.com.br
f t g+ /vetoreditora

Termo IPSF - Univ Aveiro.pdf

Documento número #28914d65-0455-46a2-9911-e6381bc2a79e

Assinaturas

-  Ricardo dos Santos Mattos
Assinou
-  Cristiano Esteves
Assinou
-  Makilim Nunes Baptista
Assinou
-  Dora Filipa Nascimento Marques
Assinou
-  João Filipe Fernando Lindo Simões
Assinou

Log

- 24 Jul 2020, 12:59:32 Operador com email financeiro@vetoreditora.com.br na Conta c3ec887d-6048-495d-abfe-33f28e82d048 criou este documento número 28914d65-0455-46a2-9911-e6381bc2a79e. Data limite para assinatura do documento: 23 de Agosto de 2020 (11:24). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
- 24 Jul 2020, 12:59:59 Operador com email financeiro@vetoreditora.com.br na Conta c3ec887d-6048-495d-abfe-33f28e82d048 adicionou à Lista de Assinatura: ricardo.mattos@vetoreditora.com.br, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; CPF; Data de Nascimento; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Ricardo dos Santos Mattos, CPF 111.966.018-10 e data de nascimento 19/08/1970.
- 24 Jul 2020, 13:00:17 Operador com email financeiro@vetoreditora.com.br na Conta c3ec887d-6048-495d-abfe-33f28e82d048 adicionou à Lista de Assinatura: cristiano.esteves@vetoreditora.com.br, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; CPF; Data de Nascimento; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Cristiano Esteves.
- 24 Jul 2020, 13:00:57 Operador com email financeiro@vetoreditora.com.br na Conta c3ec887d-6048-495d-abfe-33f28e82d048 adicionou à Lista de Assinatura: makilim01@gmail.com, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; CPF; Data de Nascimento; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Makilim Nunes Baptista.
- 24 Jul 2020, 13:01:45 Operador com email financeiro@vetoreditora.com.br na Conta c3ec887d-6048-495d-abfe-33f28e82d048 adicionou à Lista de Assinatura: dora.marques@gmail.com, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Dora Filipa Nascimento Marques.

-
- 24 Jul 2020, 13:02:19 Operador com email financeiro@vetoreditora.com.br na Conta c3ec887d-6048-495d-abfe-33f28e82d048 adicionou à Lista de Assinatura: jflindo@ua.pt, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo João Filipe Fernando Lindo Simões.
- 24 Jul 2020, 13:02:23 Operador com email financeiro@vetoreditora.com.br na Conta c3ec887d-6048-495d-abfe-33f28e82d048 alterou o processo de assinatura. Data limite para assinatura do documento: 23 de Agosto de 2020 (11:24).
- 24 Jul 2020, 13:08:20 João Filipe Fernando Lindo Simões assinou. Pontos de autenticação: email jflindo@ua.pt (via token). IP: 188.83.78.175. Componente de assinatura versão 1.69.2 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 24 Jul 2020, 14:05:38 Cristiano Esteves assinou. Pontos de autenticação: email cristiano.esteves@vetoreditora.com.br (via token). CPF informado: 182.466.528-85. IP: 201.81.37.144. Componente de assinatura versão 1.69.2 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 24 Jul 2020, 14:48:45 Dora Filipa Nascimento Marques assinou. Pontos de autenticação: email dora.marques@gmail.com (via token). IP: 82.155.38.220. Componente de assinatura versão 1.69.2 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 24 Jul 2020, 16:47:13 Makilim Nunes Baptista assinou. Pontos de autenticação: email makilim01@gmail.com (via token). CPF informado: 118.236.838-78. IP: 177.194.34.188. Componente de assinatura versão 1.69.2 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 24 Jul 2020, 18:00:29 Ricardo dos Santos Mattos assinou. Pontos de autenticação: email ricardo.mattos@vetoreditora.com.br (via token). CPF informado: 111.966.018-10. IP: 138.97.223.132. Componente de assinatura versão 1.69.2 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 24 Jul 2020, 18:00:30 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 28914d65-0455-46a2-9911-e6381bc2a79e.

Hash do documento original (SHA256): 175964125aae3fb906a835b8aa47c7e8e52ae9b75c9d9c0a027d9d62bd270465

Este Log é exclusivo ao, e deve ser considerado parte do, documento número 28914d65-0455-46a2-9911-e6381bc2a79e, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign disponível em www.clicksign.com.

APÉNDICES

APÊNDICE I

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido ao Participante

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Exmo. Sr.(a) Utente.

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, encontramos-nos a desenvolver um estudo subordinado ao tema: *Fatores Familiares Preditivos da Variabilidade do Empoderamento da Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2* sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões e coorientação científica da Doutora Célia Maria Abreu de Freitas Pires, Professores Adjuntos da Universidade de Aveiro. O estudo tem como objetivo geral: identificar os fatores familiares que são preditivos da variabilidade do Empoderamento da pessoa com *Diabetes Mellitus* tipo 2.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Desde já agradecemos a sua disponibilidade, estando disponíveis para esclarecer qualquer dúvida:

Dora Filipa Nascimento Marques (dora.marques@ua.pt ou 239 540 150)

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Assinatura do participante:

_____ (localidade), __ / __ / _____

APÊNDICE II

Formulário de Colheita de dados

FORMULÁRIO

O presente formulário é aplicado no âmbito do estudo sobre os “Fatores Familiares Preditivos do Empoderamento da Pessoa com Diabetes *Mellitus* tipo II” integrado no 6º Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, nos termos descritos na declaração de consentimento livre e esclarecido do participante anexo a este documento. A sua colaboração ao responder a este formulário é muito importante, e como tal gostaríamos de poder contar com ela. Informamos ainda, que a informação por si fornecida, será tratada de forma agregada, garantindo a total confidencialidade sobre os dados recolhidos. Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

PARTE I

- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E FAMILIAR –

Assinale com uma X (cruz) a resposta que for adequada (ou complete-a, se for caso disso) ao seu caso em relação às seguintes questões:

1. Idade _____ Anos
2. Sexo M F
3. Estado Civil
 Solteiro
 Casado
 Viúvo
 Divorciado
 União de Facto
4. Tipo de Família (assinale a opção atual)
 Unitária (só um elemento)
 Monoparental (só pai ou mãe e filhos)
 Alargada (avós, pais e filhos)
 Reconstituída (nova união após reformulação)
 Nuclear (casal com ou sem filhos)
Outras _____

- CLASSIFICAÇÃO SOCIAL E INTERNACIONAL DE GRAFFAR –

1. Nível de Instrução

-
- 1º Grau- Ensino universitário ou equivalente (Licenciatura, Mestrado ou Doutorado)
-
- 2º Grau – Ensino médio ou técnico superior (Bacharelato ou curso Superior com duração ≤ 3 anos)
-
- 3º Grau – Ensino médio ou técnico inferior (12º ano ou 9 ou mais anos de ensino)
-
- 4º Grau - Ensino primário completo escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos)
-
- 5º Grau Ensino primário incompleto (com escolaridade < 4 anos ou que não sabe ler ou escrever)
-

2. Rendimento Familiar

-
- 1º Grau – A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida
-
- 2º Grau – Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados (≥ 10 vezes o salário mínimo)
-
- 3º Grau – Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário.
-
- 4º Grau – Os rendimentos resultam de vencimentos incertos; remunerações ≤ ao salário mínimo nacional; pensionistas ou reformados
-
- 5º Grau – Beneficência pública ou privada e que sustenta o indivíduo ou a família. Não se inclui neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.
-

3. Conforto da Habitação

-
- 1º Grupo – Casa ou andar luxuoso, espaçoso, oferecendo aos seus moradores o máximo de conforto
-
- 2º Grupo – Casa ou andar que sem ser luxuoso é espaçoso e confortável
-
- 3º Grupo – Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e casa de banho
-
- 4º Grupo – Casa ou andar com cozinha e casa de banho, mas degradado e/ou sem eletrodomésticos essenciais
-

5º Grupo – Alojamentos impróprios para uma vida decente. Choças, barracas, ou andares desprovidos de ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

1.Aspetos do Bairro onde habita

1º Grupo – Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.

2º Grupo – Zona residencial boa, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.

3º Grupo – Zona intermédia, ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspeto geral menos confortável.

4º Grupo – Bairro social/operário populoso; Zona antiga.

5º Grupo – Bairros de lata ou equivalente

2. Situação Profissional

Desempregado

Reformado

No ativo

1º Grau – Grandes empresários, gestores de topo do setor publico e privados (> de 500 empregados), professores universitários (com doutoramento), altos dirigentes políticos, profissões liberais de topo

2º Grau – Médios empresários, dirigentes de empresas (de 500 empregados) agricultores/proprietários, dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público e privado, oficiais das forças armadas, professores do ensino básico e equiparados.

3º Grau – Pequenos empresários (≤ 50 empregados), empregados e operários qualificados, quadros médios, médios agricultores, sargentos e equiparados.

4º Grau – Operários especializados com ensino primário completo, operários semi-qualificados, técnicos administrativos, funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas, pequenos agricultores e rendeiros.

5º Grau – Trabalhadores manuais ou operários não especializados (jornaleiros, ajudantes de cozinha, empregada de limpeza...)

PARTE II

- AVALIAÇÃO CLÍNICA -

1. Peso	_____ KG	
2. Altura	_____ Cm	
3. IMC	_____ Kg/m ²	
4. Tensão Arterial	_____ / _____ mmHg	
5. Frequência cardíaca	_____ Bp/min	
6. HgA1c (última)	_____ %	
7. Há quanto tempo tem diagnosticado diabetes:	_____ Anos	
8. Número de consultas de enfermagem realizadas no último ano	_____	
9. Regime terapêutico e medicamentoso		
	Só Medicação oral	<input type="checkbox"/>
	Só Insulina	<input type="checkbox"/>
	Medicação Oral e insulina ou outros injetáveis/Quais _____	<input type="checkbox"/>
	Só outros injetáveis / Quais _____	<input type="checkbox"/>
	Só alimentação e atividade física	<input type="checkbox"/>
	Só alimentação	<input type="checkbox"/>
	Só atividade física	<input type="checkbox"/>
	Só Medicação oral e alimentação	<input type="checkbox"/>
	Só Medicação oral, alimentação e atividade física	<input type="checkbox"/>
	Só Insulina e alimentação	<input type="checkbox"/>
	Só Insulina, alimentação e atividade física	<input type="checkbox"/>
	Só Alimentação e outros injetáveis/Quais _____	<input type="checkbox"/>
	Só Atividade física e outros injetáveis/Quais _____	<input type="checkbox"/>
	Só Alimentação e atividade física e outros injetáveis/Quais _____	<input type="checkbox"/>
10. Tem alguma limitação física que não permita desenvolver atividade física?		
	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
	10.1. Se sim, qual? _____	
11. Presença de Feridas nos M. Inferiores		
	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

PARTE III

AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO DA PESSOA COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – versão Breve (Aveiro et al., 2015)

As oito frases abaixo constituem a DES – SF, que permite avaliar o empoderamento da pessoa com Diabetes *Mellitus*. A escala é pontuada fazendo a media de todas as respostas. Por favor, marque no quadro a resposta que considera mais adequada. 1 = discordo completamente; 2 = discordo pouco; 3 = Não concordo nem discordo; 4= concordo pouco; 5 = Concordo plenamente.

Em geral eu acredito que:

1. ... sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com as quais estou insatisfeito	1	2	3	4	5
2. ... consigo atingir as metas relativas à minha diabetes	1	2	3	4	5
3. ... posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes	1	2	3	4	5
4. ... consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo tendo diabetes	1	2	3	4	5
5. ... sei lidar de forma positiva com o stresse relacionado com a diabetes	1	2	3	4	5
6. ... posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito	1	2	3	4	5
7. ... sei o que me ajuda a estar motivado(a) para cuidar da minha diabetes	1	2	3	4	5
8. ... me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.	1	2	3	4	5

2

² Escala de Capacidade de Autocontrolo da Diabetes – versão Breve (Aveiro et al., 2015)

PARTE IV

AVALIAÇÃO FAMILIAR

Este grupo de questões estão relacionadas com a Avaliação Familiar, que diz respeito aos elementos com que coabita, ou no caso de viver sozinho, reporte-se aos elementos da família mais alargada. O primeiro conjunto constituído por 5 questões referem-se à funcionalidade familiar e o segundo conjunto constituído por 42 questões refere-se à Perceção do Suporte Familiar. Marque com um X (cruz) a opção que melhor exprime as suas relações familiares com as pessoas com quem vive atualmente e/ou que lhe sejam significativas. No caso de viver sozinho considere quem lhe preste algum tipo de apoio.

Avaliação da funcionalidade Familiar – Escala de medida APGAR Familiar de *Smiklstein*
(Agostinho e Rebelo, 1988)

	Quase Nunca	Algumas Vezes	Quase Sempre
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	0 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	0 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividade ou de modificar o meu estilo de vida.	0 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	0 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	0 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 A B C D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3

Legenda: A, B, C e D corresponde aos diferentes elementos familiares. Assinale o grau de

Parentesco:

A: _____ B: _____

C: _____ D: _____

³ APGAR Familiar de *Smiklstein* (Agostinho & Rebelo, 1988)

Avaliação do Suporte Familiar - Inquérito de Perceção do Suporte Familiar – IPSF

(Gonçalves M. et al., 2016)

	Nunca ou Quase Nunca	Algumas Vezes	Sempre ou Quase Sempre
1. Na minha família, conversamos sobre planos familiares.	0	1	2
2. Sinto raiva da minha família.	2	1	0
3. Sinto vergonha da minha família.	2	1	0
4. A minha família expressa claramente pensamentos e emoções entre si.	0	1	2
5. Na resolução de problemas, temos em conta a opinião de toda a família.	0	1	2
6. Na minha família, diz-se o que o que se sente uns pelos outros.	0	1	2
7. Na minha família, as tarefas são distribuídas adequadamente.	0	1	2
8. Sinto-me excluído(a) da minha família.	2	1	0
9. Os elementos da minha família só pensam em si próprios.	2	1	0
10. Na minha família, expressamos interesse uns pelos outros.	0	1	2
11. Há regras para diversas situações na minha família.	0	1	2
12. A minha família tenta pensar sobre diferentes maneiras de resolver os problemas.	0	1	2
13. As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.	0	1	2
14. A minha família segue as regras por si estabelecidas.	0	1	2

15. Cada um, na minha família, tem deveres e responsabilidades específicas.	0	1	2
16. Eu e a minha família conversamos sobre as coisas de interesse para todos.	0	1	2
17. Na minha Família, as pessoas tocam-se e abraçam-se.	0	1	2
18. Sinto-me como um(a) estranho(a) na minha família.	2	1	0
19. Há ódio na minha família.	2	1	0
20. A minha família partilha os seus sentimentos.	0	1	2
21. A minha família faz-me sentir melhor quando estou aborrecido(a).	0	1	2
22. A minha família sabe o que fazer quando há uma emergência.	0	1	2
23. Na minha família pode-se falar uns com os outros sobre tristeza que se sente.	0	1	2
24. A minha família elogia-me.	0	1	2
25. A minha família sabe quando alguma coisa má me aconteceu, mesmo que eu não diga.	0	1	2
26. A minha família proporciona-me conforto emocional.	0	1	2
27. A minha família sente-se mais próxima entre si do que com as pessoas de fora.	0	1	2
28. A minha família é respeitada por aquelas que a conhecem.	0	1	2
29. Na minha família só se mostra interesse uns pelos outros quando se pode ter vantagens.	2	1	0
30. Parece haver uma série de atritos na minha família.	2	1	0
31. A minha família deixa-me ser como eu quero.	0	1	2
32. Na minha família, é permitido que eu faça o que gosto.	0	1	2

33. A minha família deixa-me decidir o que quero.	0	1	2
34. A minha família deixa-me sair quanto quero.	0	1	2
35. A minha família aceita-me como sou.	0	1	2
36. A minha família faz-me sentir capaz de cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a).	0	1	2
37. A minha família concorda com o meu estilo de vida.	0	1	2
38. Na minha família, tenho privacidade.	0	1	2
39. A minha família irrita-me.	2	1	0
40. Acredito que a minha família tem mais problemas emocionais do que as outras famílias.	2	1	0
41. Na minha família, culpa-se alguém quando as coisas não correm bem.	2	1	0

4

Grata pela sua colaboração
Dora Filipa Nascimento Marques

⁴ Inventário de Perceção de Suporte Familiar (Gonçalves M. et al., 2016)

APÊNDICE III

Tabela 24 – Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar (n=112)

Tabela 24 – Caracterização dos participantes em estudo segundo a Classificação Social e Internacional de Graffar (n=112)

Variável	n	MD±P	Min	Máx
Nível de Instrução	112	3,97±0,69	1	5
Rendimento Familiar	112	3,66±0,53	2	5
Conforto da Habitação	112	2,79±0,52	2	4
Aspetos do Bairro onde Habita	112	2,72±0,63	2	4
Situação Profissional	36	4,36±1,02	1	5

APÊNDICE IV

Tabela 25 - Resultados da DES-SF por dimensão (%) (n=112)

Tabela 25- Resultados da DES-SF por dimensão (%) (n=112)

Em geral eu acredito que:	M±DP	Discordo Completamente (%)	Discordo Pouco (%)	Não Concordo nem Discordo (%)	Concordo Pouco (%)	Concordo Plenamente (%)
1. ... sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com as quais estou insatisfeito	3,71±0,78	0(0,0)	4 (3,6)	43 (38,4)	47 (42,0)	18 (16,1)
2. ... consigo atingir as metas relativas à minha diabetes	3,99±0,89	1 (,9)	4 (3,6)	26 (23,2)	45 (40,2)	36 (32,1)
3. ... posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes	3,91±0,84	1 (0,9)	3 (2,7)	30 (26,8)	49 (43,8)	29 (25,9)
4. ... consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo tendo diabetes	4,13±0,82	1 (0,9)	2 (1,8)	19 (17,0)	50 (44,6)	40 (35,7)
5. ... sei lidar de forma positiva com o stresse relacionado com a diabetes	3,52±1,18	4 (3,6)	23 (20,5)	24 (21,4)	33 (29,5)	28 (25,0)
6. ... posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito	4,63±0,68	1 (0,9)	1 (0,9)	4 (3,6)	26 (23,2)	80 (71,4)
7. ... sei o que me ajuda a estar motivado(a) para cuidar da minha diabetes	4,02±0,87	1 (0,9)	4 (3,6)	23 (20,5)	48 (42,9)	36 (32,1)
8. ... me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.	4,08±0,92	2 (1,8)	5 (4,5)	16 (14,3)	48 (42,9)	41 (36,6)
Score Total	4,00±0,62					

APÊNDICE V

Tabela 26 – Estatística Descritiva do Apgar Familiar de Smilkstein (n=112)

Tabela 26 – Estatística Descritiva do Apgar Familiar de Smilkstein (n=112)

Apgar Familiar de Smilkstein	Elemento A				Elemento B				Total
	M±DP	Quase Nunca n (%)	Algumas Vezes n (%)	Quase sempre n (%)	M±DP	Quase Nunca n (%)	Algumas Vezes n (%)	Quase sempre n (%)	M±DP
1.Adaptação	1,82±0,41	0 (0,9)	18 (16,1)	93 (83,0)	1,76±0,45	1 (0,9)	25 (22,3)	86 (76,8)	1,79±0,37
2.Participação	1,75±0,53	5 (4,5)	18 (16,1)	89 (79,5)	1,73±0,54	5 (4,5)	20 (17,9)	87 (77,7)	1,74±0,50
3.Crescimento	1,76±0,54	6 (5,4)	15 (13,4)	91 (81,3)	1,67±0,54	4 (3,6)	27 (24,1)	81 (72,3)	1,72± 0,50
4.Afecto	1,71±0,58	7 (6,3)	18 (16,1)	87 (77,7)	1,67±0,56	5 (4,5)	27 (24,1)	80 (71,4)	1,69± 0,54
5.Decisão	1,73±0,55	6 (5,4)	18 (16,1)	88 (78,6)	1,65±0,60	7 (6,3)	25 (22,3)	80 (71,4)	1,69±9+-0,52
Score Total	8,78±2,08				8,50±2,12				8,64±2,01

APÊNDICE VI

Tabela 27 – Média e Desvio Padrão do Inventário da Percepção do Suporte Familiar

Tabela 27 – Média e Desvio Padrão do Inventário da Percepção do Suporte Familiar

Item	M±DP
1. Na minha família, conversamos sobre planos familiares.	1,59±0,65
2. Sinto raiva da minha família.	1,96±0,19
3. Sinto vergonha da minha família.	1,98±0,13
4. A minha família expressa claramente pensamentos e emoções entre si.	1,63±0,63
5. Na resolução de problemas, temos em conta a opinião de toda a família.	1,71±0,61
6. Na minha família, diz-se o que o que se sente uns pelos outros.	1,71±0,54
7. Na minha família, as tarefas são distribuídas adequadamente.	1,45±0,71
8. Sinto-me excluído(a) da minha família.	1,93±0,35
9. Os elementos da minha família só pensam em si próprios.	1,91±0,34
10. Na minha família, expressamos interesse uns pelos outros.	1,85±0,34
11. Há regras para diversas situações na minha família.	1,60±0,66
12. A minha família tenta pensar sobre diferentes maneiras de resolver os problemas.	1,68±0,57
13. As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.	1,85±0,47
14. A minha família segue as regras por si estabelecidas.	1,77±0,52
15. Cada um, na minha família, tem deveres e responsabilidades específicas.	1,79 ±0,51
16. Eu e a minha família conversamos sobre as coisas de interesse para todos.	1,79±0,53
17. Na minha Família, as pessoas tocam-se e abraçam-se.	1,61±0,64
18. Sinto-me como um(a) estranho(a) na minha família.	1,93±0,32
19. Há ódio na minha família.	1,90 ±0,40
20. A minha família partilha os seus sentimentos.	1,74±0,57
21. A minha família faz-me sentir melhor quando estou aborrecido(a).	1,81±0,48
22. A minha família sabe o que fazer quando há uma emergência.	1,89±0,39
23. Na minha família pode-se falar uns com os outros sobre tristeza que se sente.	1,79±0,49
24. A minha família elogia-me.	1,57±0,65
25. A minha família sabe quando alguma coisa má me aconteceu, mesmo que eu não diga.	1,66±0,58
26. A minha família proporciona-me conforto emocional.	1,78±0,52
27. A minha família sente-se mais próxima entre si do que com as pessoas de fora.	1,72±0,52
28. A minha família é respeitada por aquelas que a conhecem.	1,94±0,28
29. Na minha família só se mostra interesse uns pelos outros quando se pode ter vantagens.	1,88±0,41
30. Parece haver uma série de atritos na minha família.	1,68±0,52
31. A minha família deixa-me ser como eu quero.	1,78±0,48
32. Na minha família, é permitido que eu faça o que gosto.	1,83±0,42
33. A minha família deixa-me decidir o que quero.	1,76±0,45
34. A minha família deixa-me sair quanto quero.	1,91±0,34
35. A minha família aceita-me como sou.	1,90±0,35
36. A minha família faz-me sentir capaz de cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a).	1,95±0,30
37. A minha família concorda com o meu estilo de vida.	1,87±0,38
38. Na minha família, tenho privacidade.	1,84±0,37
39. A minha família irrita-me.	1,76±0,47
40. Acredito que a minha família tem mais problemas emocionais do que as outras famílias.	1,61±0,62
41. Na minha família, culpa-se alguém quando as coisas não correm bem.	1,41±0,67
Total	72,71±11,29