

Intervenções de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 em cuidados de saúde primários: elaboração de uma norma de orientação clínica*

Nursing interventions to the patients with type 2 Diabetes in primary health care: development of a guideline

Cândida Ferrito^{1**}, Lucília Nunes¹ & António Vaz Carneiro²

¹ Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

² Faculdade de Medicina de Lisboa; Diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Director, Centro Colaborador Português da Rede Cochrane Iberoamericana, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Palavras-chave

Norma Orientação Clínica, Diabetes *Mellitus* tipo 2, Cuidados de Enfermagem, Evidência Científica, Processo ADAPTE.

Resumo

Enquadramento: Vários estudos apontam que em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), programas organizados de cuidados de enfermagem podem promover significativamente melhores resultados de saúde em pessoas com diabetes.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes estabelece, como objetivo, uniformizar as práticas profissionais em prol de uma efetiva qualidade clínica, organizacional e satisfação das pessoas com diabetes. A Federação Internacional de Diabetes e a OMS enfatizam a necessidade de os programas nacionais de saúde implementarem guias de boas

práticas baseadas em evidência para a prevenção e controlo da DM.

Tendo como principal problema a inexistência de uma orientação específica que norteie as intervenções a prestar na consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2) em CSP o presente trabalho teve por objetivos: (I) Consensualizar intervenções que devem ser realizadas pelos enfermeiros na consulta à pessoa com DM2 em CSP, (II) Elaborar uma Norma de Orientação Clínica (NOC) baseada em evidência científica para orientação da consulta de enfermagem à pessoa com DM2 em CSP. Metodologia: Foi realizado um Painel de Delphi, para a obtenção de consenso, acerca das intervenções a serem realizadas na consulta de enfermagem à pessoa com DM2 em CSP.

Para suportar em evidência científica as intervenções obtidas por consenso e, conseqüentemente, elaborar a NOC utilizámos o Processo ADAPTE, que permite a adaptação de Normas já existentes através de uma abordagem sistemática para a aprovação e/ou modificação destas¹.

Resultados: Elaboração de uma NOC adaptada baseada em evidência científica, para suporte à consulta de enfermagem à pessoa com DM2 em CSP.

Keywords

Guidelines, Type 2 Diabetes, Nursing Care, Scientific Evidence, ADAPTE Process

Abstract

Background: Several studies indicate that organized nursing care programs in Primary Health Care (PHC) can significantly promote better health outcomes in people with diabetes.

Prevention and Control of Diabetes National Programme standardize professional practices aimed to an effective organizational quality and satisfaction of people with diabetes.

International Diabetes Federation and WHO emphasize the need for national health programs

implement evidence-based guidelines for the prevention and control of diabetes.

As its main problem is the lack of specific nursing guidance in providing care to type 2 diabetes patients, we drafted the present work aimed to: (I) obtain consensus about nursing interventions towards diabetes mellitus type 2 in primary health care, (II) Develop evidence based guideline to guide nursing consultation to patient with DM2 in PHC.

* Trabalho realizado no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, ICS, UCP

** candida.ferrito@ess.ips.pt

Methodology: A Delphi Panel was developed in order to get consensus about nursing interventions at consultation of type 2 diabetes patients in Primary Health Care and to sustain the interventions in evidence based recommendations we conducted a literature search supported in ADAPT Collaboration.

Results: Developing adapted evidence based Guideline, to support nursing consultation to patient with DM2 in PHC.

Enquadramento

A Diabetes é um problema de saúde pública que está a atingir proporções epidémicas em crescimento contínuo e a afetar todas as camadas sociais, com consequências socioeconómicas significativas, onde a morte prematura, o aumento da morbilidade e a diminuição da produtividade são aspetos cada vez mais preocupantes.

A abordagem ao problema da diabetes deve ser feita por uma equipa multidisciplinar, onde é fundamental que haja uma atuação conjugada e integrada entre os profissionais e onde é necessário que cada um conheça o seu papel e a importância do mesmo. Integrar os cuidados da pessoa com diabetes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) para garantir uma maior cobertura das intervenções básicas é uma prioridade crescente.

Em contexto de CSP, programas organizados de cuidados de enfermagem podem promover significativamente melhores resultados em pessoas diabéticas com complicações, como a diminuição de valores da hemoglobina glicosilada (HbA1c), valores totais de colesterol e LDL^{2,3}, promoção de comportamentos de autocuidado e adesão a estilos de vida saudáveis², diminuição dos valores de TA e diminuição dos níveis de angústia⁴.

Os enfermeiros podem desempenhar um papel central na implementação de um modelo de prestação de cuidados na doença crónica⁵. Existe evidência da eficácia de programas de gestão da diabetes liderados por enfermeiros⁶.

Sendo uma doença crónica essencialmente ligada aos estilos de vida, a sua gestão é particularmente complexa, exigindo uma abordagem multifatorial por uma equipa interdisciplinar onde o enfermeiro deve assumir um papel ativo e fundamental, uma vez que também se encontra numa posição estratégica para intervir. Alguns estudos apontam para a importância que os enfermeiros desempenham na orientação das pessoas com diabetes através de intervenções de educação e de adesão terapêutica^{3,4}.

A *Cochrane Collaboration* realizou uma Revisão Sistemática (RS) de estudos realizados entre 1966 e 2002 que teve por objetivo avaliar os efeitos dos enfermeiros especializados em diabetes e dos enfermeiros gestores de caso no controlo metabólico a

para pessoas com diabetes tipos 1 e 2. Seis estudos foram incluídos na revisão com um total de 1328 participantes. As conclusões foram de que existe alguma evidência de que a presença de um enfermeiro especialista ou gestor de caso promova o controlo das pessoas com diabetes num período de seis meses mas, para além desse tempo, os resultados já não são tão claros. No entanto, os autores salientam que os estudos eram de pouca qualidade, o que dificultou a avaliação das implicações na prática⁷.

Outra RS que teve por objetivo avaliar os efeitos de diferentes intervenções dos profissionais de saúde na gestão das pessoas com diabetes nos CSP, no ambulatório e na comunidade, conclui que, numa estratégia de intervenção complexa, o reforço do papel do enfermeiro parece ser importante na melhoria dos resultados de saúde dos doentes diabéticos e nos resultados dos processos. Os enfermeiros podem desempenhar um papel importante na educação da pessoa, podendo mesmo substituir o médico em muitos aspetos, desde que treinados ou desde que existam protocolos detalhados de gestão da doença⁸.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DM2, de uma forma estruturada e organizada, tem impacto significativo nos cuidados de autogestão e qualidade dos cuidados, porque promove um maior conhecimento da doença e um papel mais ativo da pessoa na autogestão da diabetes⁹.

Para dar resposta à hipótese de que o enfermeiro pode substituir o médico em alguns aspetos, uma RS avaliou o impacto da substituição do médico pelo enfermeiro nos cuidados de saúde primários, em relação aos resultados dos doentes (morbilidade, mortalidade, satisfação e preferência), processo de cuidado (adesão dos profissionais a NOC, qualidade do cuidado) e utilização de recursos (frequência e duração das consultas, testes e investigações, referência a outros serviços). Os resultados sugeriram que os enfermeiros devidamente treinados podem prestar cuidados de alta qualidade e atingir tão bons resultados de saúde para os doentes como os médicos em CSP. No entanto, os autores salvaguardam que, dos estudos incluídos na revisão apenas um fazia a avaliação da equivalência dos cuidados prestados por médicos e enfermeiros pelo que os resultados finais desta revisão devem ser vistos com alguma cautela¹⁰.

A revisão conclui ainda que, embora a substituição do médico pelo enfermeiro reduza potencialmente a carga de trabalho médico e portanto custos diretos de saúde, atingir estas reduções depende do contexto específico de atendimento, uma vez que a carga de trabalho médico pode manter-se igual, porque os enfermeiros respondem a necessidades das pessoas não atendidas anteriormente ou porque os seus cuidados geram mais procura¹⁰.

Dos resultados de outro estudo, os autores aconselham que os clínicos gerais considerem seriamente uma estreita colaboração com os enfermeiros e deleguem neles cuidados à pessoa com DM2, porque são observadas melhorias dos resultados de saúde, nomeadamente na diminuição de valores de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) e Tensão Arterial (TA) Sistólica¹¹.

Numa unidade de CSP foram avaliados os efeitos sobre os resultados dos doentes com DM2 que foram alvo de um modelo de cuidados partilhados, onde o enfermeiro foi o principal cuidador. Os doentes com DM2 eram referenciados à enfermeira pelo médico. O número de consultas anuais dependeu do *status* de saúde da pessoa. Por sua vez, se necessário, o enfermeiro referenciava os doentes para outros prestadores de cuidados especializados (nutricionista, podologista, etc.). O enfermeiro trabalhou em estreita ligação com os outros profissionais de saúde envolvidos. Os cuidados prestados pelo enfermeiro compreenderam o cuidado direto da pessoa (história clínica, observação física, interpretação dos resultados laboratoriais, gestão dos resultados obtidos), a coordenação e organização dos cuidados (identificação de falhas no atendimento, encaminhamento para outros profissionais) e a promoção de competências (educação das pessoas, dos próprios e de outros profissionais). Neste modelo, o papel do médico limitou-se a uma consulta anual para controlo da gestão da diabetes pelo doente, estando, no entanto, disponível caso surgissem complicações¹².

Os resultados deste estudo revelaram melhores resultados no controlo da glicemia e na satisfação das pessoas, pelo que os autores defendem que o enfermeiro pode ser o principal prestador de cuidados à pessoa com DM2 em CSP, e sugerem que sejam realizadas pesquisas sobre a relação custo-benefício deste modelo de cuidados¹².

Tendo por objetivo estudar o impacto de uma “enfermeira gestora de caso”, no controlo da HbA1c, TA, lípidos e rastreio de complicações da pessoa com diabetes, um estudo aleatorizado e controlado (*Randomized Controlled Trial* – RCT) comparou dois

grupos de pessoas com diabetes, em que o grupo de controlo manteve o cuidado usual pelo seu médico de CSP, sem interação de um enfermeiro e o grupo de intervenção recebeu cuidados adicionais de um “enfermeiro gestor de caso”. Este estudo demonstrou a eficácia dos cuidados de um “enfermeiro gestor de caso” na manutenção adequada dos valores lipídicos e controlo da glicemia, assim como na melhoria dos valores de TA. O enfermeiro teve papel relevante na facilitação da comunicação entre a pessoa e o médico para ajustes de tratamento. Alguns doentes relataram ainda diminuição da angústia emocional. Os autores também recomendam que se realizem estudos de avaliação de custo-benefício⁴.

Estudados os efeitos da atribuição de enfermeiros gestores de cuidados a pessoas com diabetes complicadas, de acordo com protocolos específicos baseados em *Guidelines*, observou-se uma melhoria significativa dos valores de HbA1c e de Colesterol. Enfermeiros a trabalhar em estreita colaboração com os doentes e a utilização de algoritmos baseados em evidência podem promover melhores resultados clínicos em doentes com diabetes não controlada e com comorbilidades³.

A apoiar os anteriores resultados, enfermeiros especialmente treinados, orientados por protocolos e algoritmos detalhados e sob a supervisão de um diabetologista, podem melhorar significativamente os resultados das pessoas com diabetes em populações minoritárias, nomeadamente na diminuição da morbidade e mortalidade¹³.

Num estudo que analisa as perceções dos enfermeiros e dos médicos acerca do envolvimento dos enfermeiros e o seu papel nos cuidados à pessoa com diabetes, enfermeiros e médicos concordaram que os enfermeiros devem ter um papel mais relevante na gestão da diabetes. As diferenças mais significativas foram que os enfermeiros promovem uma melhor educação, passam mais tempo com os doentes, são melhores ouvintes e conhecem melhor os doentes que os médicos. Todos os enfermeiros revelaram uma melhor perceção das questões psicossociais e foram mais eficazes na ajuda ao doente a assumir a responsabilidade do autocuidado¹⁴.

Uma intervenção educativa de rotina por parte dos enfermeiros contribui significativamente para melhorar o controlo metabólico das pessoas com DM2¹⁵.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) estabelece, como um dos objetivos específicos, uniformizar as práticas profissionais em prol de uma efetiva qualidade clínica, organizacio-

nal e satisfação das pessoas com diabetes. Refere também que as estratégias de intervenção devem assentar numa sólida infraestrutura de saúde que garanta profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências dos cuidados, disponibilidade de tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado à informação e resposta organizativa das chefias dos serviços¹⁶.

A Federação Internacional de Diabetes (FID) refere que grande parte dos diabéticos não recebem ainda os cuidados adequados e, em conjunto com a OMS, enfatiza a necessidade de os programas nacionais de saúde implementarem guias de práticas baseados na evidência para a prevenção e controlo da DM¹⁷.

Apesar de atualmente dispormos de dados baseados em evidência sobre o tratamento e prevenção da DM2 que nos permitem melhorar os cuidados a prestar, com vista ao aumento da qualidade de vida das pessoas com diabetes e, conseqüentemente, a obter ganhos em saúde, constatamos que esta informação na maioria das vezes é complexa, extensa e pouco acessível a todos os profissionais de saúde.

As *Guidelines*, cuja tradução para português é Normas de Orientação Clínica (NOC), são um conjunto de recomendações, desenvolvidas de maneira sistematizada, que se destinam a apoiar o prestador de cuidados e o doente na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde e em situações específicas¹⁸.

Existe alguma evidência de que os cuidados prestados, baseados em NOC, produzem cuidados efetivos e mudanças no processo e nos resultados dos cuidados prestados¹⁹ e têm potencial para melhorar a qualidade do cuidado aos doentes e melhorar os resultados de saúde destes²⁰.

Uma RS que teve por objetivo avaliar a eficácia dos instrumentos de Prática Baseada na Evidência disponíveis nos CSP (NOC, recomendações, programas de gestão da doença), na melhoria da qualidade da gestão da DM2, concluiu que a adesão a estes instrumentos é suscetível de melhorar os resultados dos doentes²¹. A implementação de NOC foi eficaz na melhoria da qualidade técnica dos cuidados de enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde isolados em meio rural²².

Para a elaboração de uma NOC baseada em evidência podem ser utilizadas duas abordagens: elaboração completa da NOC ou adaptação da NOC. Ambas as abordagens são processos rigorosos, que requerem experiência e recursos para que a qualidade da NOC seja assegurada. Algumas

organizações produzem documentos orientadores para o desenvolvimento de novas NOC e para a adaptação das já existentes.

A elaboração completa de uma NOC deve basear-se na verificação prévia de que não existe NOC válida ou relevante na área ou que não será possível a sua adaptação à nossa realidade. A sua elaboração implica o desenvolvimento integral e sistemático das questões clínicas e produz recomendações suportadas por pesquisa e análise completa da evidência utilizando fontes primárias.

Em caso da existência de NOC relevantes na área e que sejam passíveis de serem adaptadas, o grupo de elaboração da NOC pode e preferencialmente deve utilizar a metodologia de adaptação de uma NOC¹.

A ADAPTE *Collaboration* é constituída por um grupo de investigadores com experiência no desenvolvimento e implementação de NOC. Este grupo desenvolveu um processo de adaptação de NOC que visa promover o desenvolvimento e a utilização das já existentes através de uma abordagem sistemática para a aprovação e/ou modificação destas. Uma vez que existem NOC desenvolvidas por muitas organizações, o desenvolvimento e a atualização de orientações de qualidade exigem tempo, competências e recursos e a adaptação pode ser utilizada como alternativa ao desenvolvimento de uma nova NOC ou para adaptar uma recomendação a um novo contexto¹.

A ADAPTE *Collaboration* define adaptação de NOC como uma abordagem sistemática para considerar o uso e/ou alteração da(s) NOC produzida(s) em contextos culturais e organizacionais diferentes noutro contexto. O objetivo principal da adaptação é obter vantagem das NOC existentes, de modo a aumentar a produção eficiente e a utilização de NOC adaptadas de elevada qualidade¹.

Este processo de adaptação desenvolve-se em três fases: Fase de Planeamento, Fase de Adaptação e Fase de Finalização. Cada uma é composta por módulos que, por sua vez, têm várias atividades a desenvolver e que enunciamos de forma resumida.

Fase 1 – Fase de Planeamento – Descreve as tarefas necessárias para iniciar o processo de adaptação.

Módulo de preparação

- 1.^a Etapa: Estabelecer Comissão Organizadora
- 2.^a Etapa: Selecionar o tópico da NOC
- 3.^a Etapa: Verificar se a adaptação é viável
- 4.^a Etapa: Identificar os recursos e habilidades necessárias

- 5.^a Etapa: Realizar tarefas para a fase de arranque
- 6.^a Etapa: Escrever um plano de adaptação

Fase 2 – Adaptação – Ajuda no processo de seleção de um tópico para identificar as questões específicas de saúde, na procura de NOC, na avaliação da qualidade, conteúdo, coerência e aplicabilidade destas e na tomada de decisão acerca da adaptação. Prepara a elaboração do projeto de adaptação da NOC.

Módulo do âmbito e da finalidade

- 7.^a Etapa: Determinação das questões de saúde
 - População em causa e as características da doença.
 - Intervenção(ões) de interesse.
 - Profissionais-alvo da NOC.
 - Resultados esperados, incluindo os resultados dos doentes (e.g., melhoria da qualidade de vida), os resultados do sistema (e.g., diminuição da variação das práticas) e/ou resultados de saúde pública (e.g., uma diminuição na incidência).
 - Estabelecimentos de saúde e contexto onde a NOC vai ser implementada.

Módulo da Pesquisa e monitorização

- 8.^a Etapa: Pesquisa de NOC e outros documentos relevantes
 - 9.^a Etapa: Monitorização das NOC obtidas
 - 10.^a Etapa: Redução do número de NOC obtidas
- O grupo de trabalho pode estabelecer critérios e utilizar o Instrumento AGREE

Módulo de Avaliação

11.^a Etapa: Avaliar a qualidade da NOC – Utilizando o AGREE (*Appraisal of Guidelines Research & Evaluation*) que tem por finalidade proporcionar uma estrutura de base para a avaliação da qualidade das NOC (23)

Módulo de decisão e seleção

- 16.^a Etapa: Avaliações da revisão
- 17.^a Etapa: Seleção entre as NOC e recomendações para criar a NOC adaptada. Esta decisão e seleção ocorrem em torno de cinco opções:
 1. Rejeitar toda a NOC.
 2. Aceitar toda a NOC e todas as suas recomendações.
 3. Aceitar o sumário da evidência da NOC.
 4. Aceitar recomendações específicas.
 5. Modificar recomendações específicas.

Módulo de personalização

- 18.^a Etapa: Preparar o rascunho da NOC adaptada

Fase 3 – Finalização

Módulo de Revisão Externa e de Confirmação

- 19.^a Etapa: Revisão externa pelos utilizadores-alvo da NOC
- 20.^a Etapa: Consultar os organismos de aprovação
- 21.^a Etapa: Consultar os elaboradores das NOC originais
- 22.^a Etapa: Referenciação das Fontes de documentação

Módulo após Planeamento

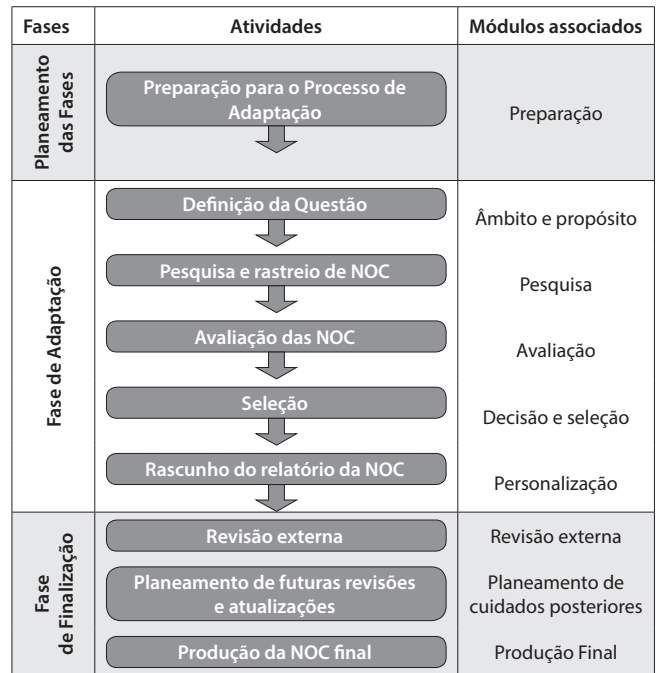
- 23.^a Etapa: Programa do plano de revisão e atualização da NOC

Módulo da Produção Final

- 24.^a Etapa: Produção do documento final

Na figura seguinte apresentamos o esquema sumário deste processo.

Figura I – Sumário do Processo do Processo ADAPTE



Fonte: <http://www.adapte.org/rubrique/adapte-framework.php> [Tradução de Cândida Ferrito, novembro 2009].

Tendo por premissas, que os CSP são por excelência um contexto onde o enfermeiro tem uma intervenção fundamental na prestação de cuidados e pode assumir um papel relevante no controlo da Diabetes e que se estes cuidados forem organizados e baseados em evidência resultam em ganhos em

saúde significativos nas pessoas com DM2, começámos por questionar que orientações existem em Portugal para os enfermeiros realizarem cuidados à pessoa com DM2 em CSP. Questionadas a Ordem dos Enfermeiros (OE), a Direção-Geral de Saúde e uma Organização Científica da Diabetes, obtivemos por respostas que não existe nada específico e direcionado para os enfermeiros nesta área.

Deste modo o presente estudo teve origem em duas questões iniciais:

1.^a Questão – Quais as intervenções que reúnem consenso para serem realizadas pelos enfermeiros na consulta à pessoa com DM2 em CSP?

2.^a Questão – Que evidências científicas suportam estas intervenções?

Os princípios éticos inerentes ao estudo foram respeitados, com relevo para o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados. O estudo obteve o consentimento da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Estabelecido como objetivo principal, contribuir com conhecimentos baseados em evidência para o desenvolvimento e promoção da consulta de enfermagem à pessoa com DM2 em CSP, definimos como objetivos específicos, (1) Consensualizar as intervenções que devem ser realizadas pelos enfermeiros na consulta à pessoa com DM2 em CSP; (2) Elaborar uma NOC para orientação da consulta de enfermagem à pessoa com DM2 em CSP, com base nas intervenções de consenso e nas recomendações baseadas em evidência das NOC já existentes.

Metodologia

Desenvolvemos um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. Consideraram-se duas fases distintas com diferentes abordagens. Deste modo a 1.^a fase visou responder ao primeiro objetivo específico, e para isso selecionou-se um painel de peritos recorrendo ao Método de Delphi, uma vez que este nos permite combinar opiniões de um grupo de peritos para a obtenção de consenso.

A população considerada para a elaboração do painel foram enfermeiros e médicos que realizassem consulta formal à pessoa com DM2 e a exercer atividade em contexto Hospitalar e Associação de Diabéticos. A consulta formal foi definida como a existência de um tempo e espaço próprio destinado ao atendimento à pessoa com DM2. A amostra foi intencional, de acordo com a disponibilidade

dos profissionais em participarem. Deste modo, integraram a amostra inicial 18 peritos, 14 eram enfermeiros e 4 médicos, pertencentes a duas Instituições Hospitalares e uma Associação.

Os questionários foram entregues em suporte de papel aos enfermeiros chefes dos serviços das Instituições selecionadas, que os entregaram aos respondentes que acederam participar mediante assinatura do consentimento livre e esclarecido.

Foram realizadas duas rondas. A primeira decorreu entre agosto e setembro de 2007 e constou da seguinte pergunta: Em CSP na consulta de diabetes de enfermagem, quais as intervenções de rotina a desenvolver pelos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com DM2?

Os conteúdos das respostas obtidas foram agrupadas em duas categorias com várias subcategorias e com base nestas foi estruturado o questionário para a 2.^a ronda.

1. Em Cuidados de Saúde Primários, na 1.^a Consulta de Enfermagem à pessoa com Diabetes *Mellitus* tipo 2, os dados que o enfermeiro deve obter são: elencámos os dados obtidos na 1.^a ronda.
2. Em Cuidados de Saúde Primários, na consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes *Mellitus* tipo 2, as intervenções que o enfermeiro deve realizar são: elencámos as intervenções obtidas.

Cada item foi respondido através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente, concordo totalmente).

O consenso foi obtido na 2.^a ronda pelos seguintes critérios definidos (a) percentagem de respostas com máxima concordância igual ou superior a 50%; (b) mediana igual a 5 e (c) moda igual a 5. Esta ronda decorreu entre outubro e novembro de 2007 e a amostra foi de 14 enfermeiros e 2 médicos.

Obtidas as intervenções de consenso, procedeu-se à pesquisa de evidências científicas que as suportam, o que constitui a 2.^a fase deste projeto.

Para esta pesquisa e consequentemente responder ao segundo objetivo específico, suportámo-nos no Processo ADAPTE, essencialmente nos passos da 2.^a fase do processo.

Começámos por definir o âmbito e finalidade e para isso identificámos:

População em causa e características – Adultos com Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Intervenções de interesse – Gestão da diabetes: Recolha de dados inicial, avaliação de parâmetros

físicos, avaliação de dados laboratoriais, intervenções de educação.

Profissão-alvo da NOC – Enfermeiros.

Resultados esperados – Diminuição da variabilidade das práticas, práticas baseadas em evidência, melhoria da qualidade dos cuidados, melhores resultados de saúde (a médio e longo prazo).

Contexto – Consulta de enfermagem nos CSP.

Definimos os seguintes termos de pesquisa de NOC, “*Guidelines nursing management patients type 2 Diabetes Mellitus*”; “*Guidelines nursing care patients Type 2 Diabetes Mellitus*”, “*Guidelines Type 2 Diabetes Mellitus*”, “*Guidelines Type 2 Diabetes Mellitus Primary Health Care*”, “*Normas Orientação Clínica Diabetes tipo 2*”, “*Guia de Boas Práticas Diabetes Tipo 2*”.

Procedemos à realização da pesquisa de NOC, em bases de dados eletrônicas das Organizações Internacionais específicas no desenvolvimento e publicação de NOC, Organizações de Diabetes e Organizações de Enfermagem Internacionais [*American Diabetes Association, Canadian Diabetes Association, International Diabetes Federation, National Guidelines Clearinghouse, Guidelines International Network, National Institute for Clinical Evidence (NICE), New*

com a finalidade de obtermos orientações baseadas nos resultados da investigação mais recente; 2) NOC referentes à gestão global da diabetes, excluindo deste modo as referentes a cuidados específicos como, por exemplo, cuidados ao pé diabético, alimentação.

Obtendo um total de seis NOC potencialmente relevantes para a seleção posterior das recomendações que nos permitiriam elaborar a NOC, aplicamos o Instrumento AGREE com a finalidade de avaliarmos a qualidade dos seus enunciados e a validade desta, a fim de posteriormente adotarmos as suas recomendações. O instrumento foi aplicado a cada uma das NOC mencionadas.

A avaliação global implica um juízo de valor sobre a qualidade da NOC, tendo em conta as pontuações obtidas nos seis domínios que são independentes e, embora não devendo ser agregadas numa pontuação única de qualidade, permitem-nos comparar normas entre si e apoiar a decisão de a recomendar ou não. A avaliação final contém opções de “Recomendaria vivamente”, “Recomendaria (com limitações e alterações)”, “Não recomendaria” e “Incerto”²³.

Os resultados da avaliação efetuada encontram-se no seguinte quadro.

Quadro 1 – Resultados da avaliação das NOC com o Instrumento AGREE

NOC	AVALIAÇÃO AGREE
Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. <i>Canadian Journal Diabetes</i> . 2008;32(1):S1-S201.	“recomendaria vivamente”
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. Thirteenth Edition, May 2009.	“recomendaria vivamente”
American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes Care. 2008;31(1).	“recomendaria vivamente”
American Association of Clinical Endocrinologists – Medical Specialty Society American College of Endocrinology – Medical Specialty Society. 2000 Jan (revised 2007).	“não recomendaria”
Guidelines on Diabetes pre-diabetes and cardiovascular disease The Task Force on diabetes and cardiovascular disease of the European society of cardiology and of the European Association for the study of diabetes, 2007.	“recomendaria (com limitações e alterações)”
TYPE 2 DIABETES, National Clinical Guidelines for management in primary and secondary care (update 2008) The National Collaborating Centre for Chronic Conditions	“recomendaria (com limitações e alterações)”

Zealand Guidelines Group, SIGN, Registered Nurses’ Association of Ontario, Royal College of Nursing, Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, OE e DGS].

Com os termos utilizados surgiu um elevado número de NOC, sendo que uma grande parte estavam desatualizadas, pelo que definimos dois critérios de inclusão que ajudaram a direcionar melhor a pesquisa e a atingir os objetivos: 1) NOC elaboradas ou com revisão há menos de 3 anos,

Resultaram, assim, cinco NOC potenciais para a seleção das recomendações relacionadas com as intervenções que foram obtidas por consenso.

A aplicação do Instrumento AGREE permitiu-nos uma avaliação global com base num juízo de valor sobre a qualidade da NOC, tendo em conta os critérios de apreciação crítica (AGREE), mas não nos permitiu avaliar a pertinência das recomendações para o nosso objetivo. Por este motivo, antes de procedermos à seleção das recomendações, esta-

beleceamos mais dois critérios de seleção para as NOC: 1) que contenham recomendações com níveis de evidência bem explícitos (ligação a referências bibliográficas); e 2) que contenham recomendações relacionadas com as intervenções do painel de consensos.

Com base nestes critérios obtivemos as seguintes observações:

Quadro 2 – Normas e critérios de seleção

NORMAS	CRITÉRIO 1	CRITÉRIO 2
Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. <i>Canadian Journal Diabetes</i> . 2008; 32(1):S1-S201.	Obedece a este critério.	Obedece a este critério
American Diabetes Association, Clinical Practice Recommendations. Standards of Medical Care Diabetes – 2008.	Obedece a este critério.	Obedece a este critério
Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – Health Care Guideline: Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. Thirteenth Edition, May 2009.	Obedece a este critério, sendo que a maior parte das recomendações reportam à American Diabetes Association.	Obedece a este critério
Guidelines on Diabetes pre-diabetes and cardiovascular disease The Task Force on diabetes and cardiovascular disease of the European society of cardiology and of the European Association for the study of diabetes, 2007.	Obedece a este critério.	Não obedece a este critério na totalidade. Contém apenas algumas intervenções. Recomendações mais do foro médico relacionadas com a diabetes e o risco de doença cardiovascular

Desta seleção resultaram três NOC:

- Canadian Diabetes Association (2008a). Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32, S1-S201.
- American Diabetes Association (2008). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 31, S12-S54.
- Institute for Clinical Systems Improvement (2009). *Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 Diabetes Mellitus in adults* (13th ed.). Bloomington-MN.

A partir destas, procedeu-se à seleção das recomendações que apoiam e fundamentam as intervenções obtidas no painel de consensos.

Perante a possibilidade da existência de recomendações semelhantes, definiu-se como critério de seleção as recomendações com grau de evidência mais elevado e, no caso de terem o mesmo grau de evidência, a seleção foi feita de acordo com a recomendação mais clara e objetiva.

Para além das recomendações consideraram-se ainda todas as informações consideradas pertinentes que fundamentam, enquadram e complementam as recomendações.

Resultados finais

Das NOC obtidas, selecionámos as recomendações que suportam a importância e pertinência das intervenções e deste modo construímos a NOC adaptada.

Em relação ao primeiro item, dados que o enfermeiro deve obter na 1.^a Consulta de Enfermagem

à pessoa com DM2, em CSP, apresentamos o que foi o resultado entre o painel e os dados das NOC.

Dados iniciais a obter na 1.^a consulta:

- Idade.
- Etnia.
- Nível de educação formal.
- Alfabetização.
- Situação familiar: com quem vive.
- Recursos (instrumentais, monetários).
- Características do aparecimento da diabetes:
 - Achado laboratorial sem sintomatologia
 - Por apresentar sintomatologia. Qual(ais)?
- Tempo de diagnóstico.
- Hábitos alimentares – Padrão alimentar.
- Hábitos alcoólicos.
- Hábitos tabágicos.
- Atividade física – Padrão de atividade.
- História de complicações associadas à diabetes:
 - Microvasculares: retinopatia, nefropatia, neuropatia (sensorial, incluindo história de lesão nos pés, disfunção sexual)
 - Macrovasculares: doença coronária, cerebrovascular, doença arterial periférica
 - Outros: problemas psicossociais, doenças dentárias, etc.

- Conhecimentos sobre a diabetes:
 - História de educação da diabetes.
- Tratamento atual da diabetes:
 - Medicamentos
 - Padrões de alimentação
 - Atividade física
 - Resultados da monitorização da glicemia e utilização desses dados.
- Episódios de hipoglicemia:
 - Consciência da hipoglicemia
 - Episódios de hipoglicemia severa: frequência e causa.

Exame físico:

- Peso, altura, índice de massa corporal, perímetro abdominal.
- Tensão arterial.
- Observação da pele (locais de administração de insulina, se se aplicar).
- Exame detalhado aos pés:
 - Inspeção
 - Palpação pulsos dorsal e tibial posterior
 - Presença dos reflexos patelar e aquiles
 - Avaliação da sensibilidade, vibração e monofilamento.

Dados laboratoriais:

– Valores de HbA1c.

Em relação ao segundo item, intervenções a serem realizadas pelo enfermeiro à pessoa com DM2 em CSP, apresentamos também o resultado entre o painel e os dados das NOC, ou seja, a resposta à nossa questão sobre que evidências científicas suportam as intervenções de enfermagem obtidas no painel de consensos.

E os resultados observados foram os seguintes:

A avaliação inicial da pessoa com diabetes deve incluir a avaliação do peso, cálculo IMC e perímetro abdominal, uma vez que o excesso de peso e a obesidade estão associados à insulino-resistência e à síndrome metabólica e a obesidade abdominal está correlacionada com riscos metabólicos.

A TA deve ser avaliada em todas as consultas programadas, dado que a hipertensão é a comorbidade mais comum na diabetes e afeta a maior parte das pessoas com a doença.

O controlo intensivo da glicemia tem benefícios, devendo fazer parte integrante das intervenções a realizar, sugerindo-se que a autoavaliação deva ser uma componente efetiva de tratamento. A frequên-

cia e o momento deverão ser de acordo com as necessidades individuais e as metas estabelecidas.

O valor da HbA1c é considerado fator preditivo de complicações de diabetes. A sua avaliação trimestral determina de que modo os valores da glicemia estão controlados ou não, permitindo deste modo avaliar se a pessoa está ou não a atingir as metas estabelecidas. Esta é uma intervenção interdependente, uma vez que necessita de prescrição médica para a execução da análise (exceto nas Unidades de Saúde onde o enfermeiro dispõe do aparelho para realizar o teste). Mas, uma vez que é um indicador que reflete as médias dos valores de glicemia, consideramos importante que o enfermeiro tenha conhecimento deste resultado porque lhe permitirá fazer uma melhor avaliação da eficácia das suas intervenções.

Em relação à avaliação da albuminúria com material específico sem a avaliação em simultâneo da creatinina, é suscetível de falsos negativos, pelo que o método preferencial é o da avaliação de rácio entre a albumina e a creatinina numa colheita ocasional e esta análise deve ser realizada anualmente à pessoa com diabetes. Uma vez que esta intervenção foi de consenso, consideramos importante o enfermeiro ter este conhecimento, podendo assim providenciar a aquisição de material apropriado, de modo a realizar esta avaliação de acordo com o preconizado.

No caso de a análise ser realizada em laboratório, está dependente da prescrição médica, mas o enfermeiro está atento para a importância da sua realização e, em caso da sua não realização, pode intervir no sentido de alertar o médico para a prescrição.

A observação anual dos pés deve ser feita a todas as pessoas com diabetes. Esta observação, para além de visual, deve incluir o monofilamento, diapasão e palpação.

As amputações e ulcerações dos pés são a maior causa de morbilidade e incapacidade nas pessoas com diabetes, pelo que a deteção e gestão precoces são importantes para a prevenção e atraso de complicações.

O conceito de educação para a autogestão da diabetes (EAGD) engloba todas as intervenções de ensino à pessoa com diabetes. Esta deve incorporar as intervenções de comportamento cognitivo, como a resolução de problemas, definição de objetivos, autocontrolo dos parâmetros de saúde e intervenções de carácter didático.

A EAGD é uma intervenção fundamental no cuidado à pessoa com diabetes. Tem por finalidade a

aquisição de conhecimentos e competências necessárias para o autocuidado e para o autocontrole.

O conteúdo dos programas de EAGD deve ser individualizado, de acordo com o estado atual de estabilidade metabólica, o estilo de aprendizagem, habilidade, recursos e motivação da pessoa.

Existe evidência de que o exercício físico melhora os resultados de saúde das pessoas com diabetes (diminuição de valores HbA1c, perda de peso, aumento do bem-estar). As pessoas com diabetes devem ser aconselhadas a fazer exercício físico.

A educação sobre a nutrição adequada é também uma componente importante para a autogestão da diabetes. A terapia nutricional, juntamente com outros aspectos dos cuidados da diabetes, contribui para a melhoria dos resultados clínicos e metabólicos da pessoa com diabetes.

Em relação às intervenções referentes ao apoio na transcrição terapêutica e à avaliação da eficácia da prescrição, consideramos que estão incluídas na educação para a autogestão da diabetes e devem estar incluídas nos planos de ensino.

As pessoas com diabetes que já façam insulino-terapia, ou que estejam a iniciar a sua administração, devem receber formação inicial e contínua acerca do uso de insulina, de complicações e do ajuste de doses de acordo com os valores de glicemia, dieta e exercício físico.

Qualquer pessoa com diabetes, independentemente do tipo de terapêutica, deve ser alvo de um plano de educação para a gestão da doença. Este plano deve ser individualizado de acordo com o nível de compreensão, habilidades, recursos e motivação da pessoa, com os valores metabólicos e o tipo de terapêutica instituída.

Conclusão

De acordo com os resultados dos estudos que apontam que a prestação de cuidados baseados em NOC, promovem cuidados efetivos e produzem mudanças nos processos e nos resultados de saúde, consideramos a necessidade da sua elaboração e aplicação na prestação dos cuidados de enfermagem.

Como resultado final deste trabalho obtivemos uma NOC adaptada, para suporte aos enfermeiros na consulta à pessoa com DT2 em CSP, baseada nas intervenções de consenso e recomendações baseadas em evidência científica. Esta pode contribuir para a autonomia da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com DM2 em CSP e conseqüentemente uma melhoria dos ganhos em saúde para estas pessoas.

Porque basear os cuidados em evidência científica é hoje um imperativo e sendo as NOC instrumentos facilitadores da implementação e utilização dessa evidência, consideramos que o Processo ADAPTE pode ser uma estratégia a adotar uma vez que nos permite a elaboração de NOC de forma mais rápida e eficiente, seguindo os princípios da evidência e tendo em atenção os contextos onde vão ser utilizadas.

Referências

- ADAPTE Collaboration. *Resource toolkit for guideline adaptation: Version 1.0*. 2007. Available from: www.adapte.org.
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. D. (2000). *Best practices in coordinated care*. Baltimore: Health Care Financing Administration 2000 Available from: <http://www.mathematica-mpr.com/pdfs/bestsum.pdf>
- Taylor, C. B., Miller, N. H., Reilly, K. R., Greenwald, G., Cuning, D., Deeter, A., et al. Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 1058-1063.
- Gabbay, R. A., Lendel, I., Tipufoiz, M. S., Shaeffer, G., Adelman, A. M., Mauger, D. T., et al. Nurse case management improves blood pressure, emotional distress and diabetes complication screening. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2006, 71, 28-35.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Stohart, N. Nurses as leaders in chronic care: Their role is pivotal in improving care for chronic diseases. *BMJ* 2005, 330, 612-613.
- Hearnshaw, H., Lindenmeyer, M. A., Vermeire, E., Van Royen, P., Wens, J., & Biot, Y. Interventions to improve adherence to medication in people with type 2 diabetes mellitus: The role of nurses. *European Diabetes Nursing* 2006, 3, 73-77.
- Lovevan, E., Royle, P., & Waugh, N. Specialist nurses in diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003 (2), CD003286.
- Renders, C., Valk, G., Griffin, S., Wagner, E., Van Eijk, J., & Assendelft, W. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001 (1), CD001481.
- Ovhed, I., Johansson, E., Odeberg, H., & Rastam, L. A comparison of two different team models for treatment of diabetes mellitus in primary care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2000, 14, 253-258.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 (2), CD001271.
- Den Engelsen, C., Soedamah-Muthu, S. S., Oosterheert, N. J., Ballieux, J. P., & Rutten, G. E. Improved care of type 2 diabetes patients as a result of the introduction of a practice nurse: 2003-2007. *Primary Care Diabete* 2009, 3, 165-171.
- Vrijhoef, H. J., Diederiks, J. P., Spreeuwenberg, C., Wolffenbuttel, B. H., & van Wilderen, L. J. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: Effects on patient outcomes. *International Journal of Nursing Studies* 2002, 39, 441-451.
- Davidson, M. B. Effect of nurse-directed diabetes care in a minority population. *Diabetes Care* 2003, 26, 2281-2287.
- Siminerio, L. M., Funnell, M. M., Peyrot, M., & Rubin, R. R. US nurses' perceptions of their role in diabetes care: Results of the cross-national Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Education* 2007, 33, 152-162.
- Scain, S. F., Santos, B. L., Friedman, R., & Gross, J. L. Type 2 diabetic patients attending a nurse educator have improved metabolic control. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2007 77, 399-404.

16. Direção-Geral da Saúde. *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes*. Lisboa. 2007.
17. Home, P., & Colagiuri, S. Recomendación mundial para la diabetes tipo 2: Un nuevo enfoque. *Diabetes Voice* 2005, 50, 22-24.
18. Vaz Carneiro, A. *Normas de orientação clínica – NOC (Guidelines): Manual de instruções para elaboração, distribuição e implementação prática*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde. 2008.
19. Thomas, L. H., McColl, E., Cullum, N., Rousseau, N., Soutter, J., & Steen, N. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: A systematic review of evaluations. *Quality in Health Care* 1998, 7, 183-191.
20. Davis, B., Edwards, N., Ploeg, J., & Virani, T. Ensigns about the process and impact of implementation nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *BMC Health Services Research* 2008, 8, 29.
21. Belvis, A. G., Pelone, F., Biasco, A., Ricciardi, W., & Volpe, M. Can primary care professionals adherence to evidence based medicine tools improve quality of care in Type 2 diabetes mellitus? A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2009, 85, 119-131.
22. Pagaiya, N., & Garner, P. Primary care nurses using guidelines in Thailand: A randomized controlled trial. *Tropical Medicine & International Health* 2005, 10, 471-477.
23. AGREE Collaboration. *Avaliação de normas de orientação: AGREE instrument*. 2001. Available from: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/pt.pdf>.