

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**


**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

### **A Promoção do Autocuidado num Grupo de Idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2 - Intervenções de Enfermagem**

**Pedro Ricardo Sequeira Daniel**

**2012**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

### **A Promoção do Autocuidado num Grupo de Idosos com Diabetes Mellitus Tipo 2 - Intervenções de Enfermagem**

**Pedro Ricardo Sequeira Daniel**

**Orientado por:**

**Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques**

**2012**



## RESUMO

Tendo em conta a relação proporcional entre envelhecimento e doença crónica, a diabetes, pela necessidade de se aderir a um regime de tratamento que permita controlar a glicemia e assim evitar complicações, exige dos idosos a constante adaptação a essa adesão. Estes, devido a vários factores, manifestam dificuldades em gerir este processo.

O actual projecto, realizado na Unidade de Saúde Familiar Cuidar Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, teve como objectivo a promoção do autocuidado num grupo de idosos com diabetes *mellitus* tipo 2. A amostra foi constituída por 24 utentes com diabetes *mellitus* tipo 2 não controlada, pertencentes à lista de família do mestrando. Foi utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde e o quadro conceptual de Dorothea Orem como elementos norteadores de todo o projecto.

Em termos de diagnóstico de saúde, foi utilizado um questionário, de aplicação indirecta, que avaliou várias variáveis relacionadas com características sócio-económicas, estado biopsicossocial, diabetes e co-morbilidades, score de adesão em várias dimensões do autocuidado relacionado com a diabetes, e conhecimento sobre os fármacos. O tratamento dos dados revelou vários diagnósticos de enfermagem, tendo-se priorizado a promoção do autocuidado relativamente à actividade física. As intervenções propostas e as actividades realizadas tiveram em conta a necessidade de aumentar o aporte de conhecimentos da amostra.

Como resultados, evidencia-se uma adesão e satisfação às actividades acima dos objectivos propostos. Não foi possível, devido à natureza da avaliação, proceder a uma avaliação de resultados da adesão à actividade física de forma continuada.

A realização do projecto contribuiu para o reconhecimento da necessidade constante de avaliação da adesão ao regime terapêutico na diabetes, tendo sido possível o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

**Palavras-chave:** adesão ao regime terapêutico, enfermagem comunitária, planeamento em saúde, défice de autocuidado, diabetes *mellitus* tipo 2.

## **ABSTRACT**

Having regard to the proportional relationship between aging and chronic disease, diabetes, by need to adhere to a treatment regimen that allowed control glycemia and then avoid complications, requires from elderly constant adaptation to this adherence. These, due to several factors, manifest difficulties in managing this process.

Current project, realized at the Unidade de Saúde Familiar Cuidar Saúde of Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra, since October 2001 to February 2012, aimed at promoting self-care in a group of elderly with diabetes *mellitus* type 2. The sample consisted of 24 users with uncontrolled type 2 diabetes *mellitus*, belonging to the master's family list. Was used the methodology of Health Planning and conceptual framework of Dorothea Orem as guiding elements for the entire project.

In terms of health diagnosis, a questionnaire was used, of indirect application, which assessed several variables related to socio-economic and biopsychosocial status, diabetes and comorbidities, adherence score in multiple dimensions of self-care related to diabetes, and drugs knowledge. Data revealed several nursing diagnoses. Promotion of self-care in relation to physical activity was prioritized. The proposed interventions and activities took into account the need to increase the supply of knowledge of the sample.

As results, it is clear the adherence and satisfaction with the activities above objectives. It was not possible, due nature of the evaluation, undertake an evaluation of results of adherence to physical activity.

Project realization contributed to the recognition of the need for constant evaluation of adherence to treatment regimen in diabetes, with the development of expertise in community nursing.

**Keywords:** adherence to treatment regimen, community nursing, health planning, self-care deficit, diabetes *mellitus* type 2.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. FOCO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 A Pessoa com Doença Crónica.....	12
1.2 A Pessoa com Diabetes .....	14
1.3 A Adesão ao Regime Terapêutico na DMT2 .....	16
1.4 A Intervenção da Enfermagem na Adesão ao Regime Terapêutico na DMT2 ...	18
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
2.1 A metodologia do Planeamento em Saúde no actual projecto .....	20
2.2 Contexto local de intervenção .....	21
<b>3. DIANÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
3.1 Técnicas e procedimentos utilizados para a Identificação dos Problemas/Necessidades de Saúde .....	23
3.2 População-alvo.....	28
3.3 Identificação das necessidades de saúde/Caracterização da amostra .....	29
3.4 Diagnósticos de enfermagem .....	34
<b>4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES .....</b>	<b>36</b>
<b>5. FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS.....</b>	<b>38</b>
<b>6. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS/INTERVENÇÕES.....</b>	<b>41</b>
<b>7. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/OPERACIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>8. QUESTÕES ÉTICAS .....</b>	<b>48</b>
<b>9. AVALIAÇÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>51</b>
<b>10. LIMITAÇÕES DO PROJECTO .....</b>	<b>52</b>
<b>11. IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>54</b>
<b>12. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....</b>	<b>55</b>

<b>13. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Relação entre etapas do Processo de Enfermagem de Orem e da metodologia do Planeamento em Saúde .....	21
Tabela 2	Relação entre os instrumentos de medida utilizados na identificação de problemas/necessidades de saúde e o requisito de autocuidado.....	24
Tabela 3	Caracterização dos utentes: variáveis sócio-demográficas .....	29
Tabela 4	Perfil Biopsiocossocial dos utentes .....	30
Tabela 5	Caracterização dos utentes: variáveis associadas à diabetes e comorbilidades.....	30
Tabela 6	Avaliação dos Parâmetros Analíticos e Antropométricos.....	31
Tabela 7	Score das Dimensões do Autocuidado avaliados pela EAAD.....	32
Tabela 8	Cruzamento das duas variáveis da Dimensão “Actividade Física” da EAAD..	33
Tabela 9	Conhecimento sobre o regime medicamentoso .....	34
Tabela 10	Lista de Necessidades de Saúde indentificadas no Diagnóstico de Situação	34
Tabela 11	Definição dos Diagnósticos de Enfermagem e relação com o Requisito de autocuidado onde existe défice.....	35
Tabela 12	Estabelecimento de prioridades nos diagnósticos de enfermagem segundo o Método de Hanlon.....	36
Tabela 13	Relação entre Intervenções de Enfermagem e Actividades que lhe dão cumprimento .....	47

## ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1 Cronograma do projecto
- Anexo 2 Autorização de Bastos et al. (2007) para a utilização da EAAD
- Anexo 3 Questionário
- Anexo 4 Declaração de consentimento informado de participação no projecto
- Anexo 5 Descrição da Avaliação Multidimensional através do Método de Avaliação Biopsicossocial
- Anexo 6 Score dos Domínios da Escala de Actividade de Autocuidado com a Diabetes
- Anexo 7 Avaliação das variáveis que constituem a dimensão “Conhecimento do fármaco”
- Anexo 8 Plano operacional da actividade “A Diabetes e a Actividade Física”
- Anexo 9 Questionário de avaliação da actividade “A Diabetes e a Actividade Física”
- Anexo 10 Diapositivos apresentados na actividade “A Diabetes e a Actividade Física”
- Anexo 11 Plano operacional da actividade “Caminhar com a Diabetes”
- Anexo 12 Tabela de Registo de Glicemia Capilar
- Anexo 13 Questionário de avaliação formativa da actividade “Caminhar com a Diabetes”
- Anexo 14 Autorização da USF Cuidar Saúde para menção do nome da instituição no actual projecto

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ADA	American Diabetes Association
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DMT2	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2
EAAD	Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes
HbA1c	Hemoglobina glicada
ICN	International Council of Nurses
IDF	International Diabetes Federation
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAB	Método de Avaliação Biopsicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPCD	Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes
SPD	Sociedade Portuguesa de Diabetologia
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Dentro das várias especialidades em enfermagem, a enfermagem comunitária considera o seu foco de atenção sobre as populações onde se “(...) realça a promoção da saúde, a prevenção da doença e da incapacidade e o desenvolvimento de condições sob as quais as pessoas podem ser saudáveis” (Quad Council, 1999, cit. por Stanhope & Lancaster, 2011, p.10). No contexto actual de envelhecimento progressivo das populações, verifica-se um crescimento do índice de envelhecimento, a prevalência de múltiplas doenças crónicas, em muitas situações co-existentes que têm condicionado maior índice de dependência, de morbilidade e mortalidade, trazendo novos e maiores desafios ao nível da intervenção da enfermagem comunitária.

A diabetes é uma das doenças crónicas com prevalência e incidência mundial em constante crescimento, provocando nas pessoas uma necessidade de adaptação constante do seu estilo de vida. O controlo da doença e a prevenção de complicações condiciona as pessoas a quem lhe foi diagnosticado esta doença e o seguimento de um adequado regime de tratamento. Este regime passa pelo controlo de factores relacionados com o estilo de vida, nomeadamente a alimentação, a terapêutica farmacológica e a actividade física (ADA, 2011). Estes necessitam de um certo grau de adesão, de forma a que seja possível manter a doença controlada. Neste sentido, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), refere como objectivos, entre outros, a necessidade de gerir de forma integrada a diabetes, atrasar o início de complicações *major* e reduzir a morbilidade e mortalidade causada pela diabetes (Portugal, 2008). A adesão ao regime terapêutico na diabetes é um dos factores a ter em conta pelos profissionais de saúde para que se possam atingir os objectivos que o PNPCD propõe e contribuir para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa que tem a doença.

Nos idosos, o tratamento da diabetes é condicionado pelo seu estado de saúde e factores de risco, o que provoca maior dificuldade na gestão do seu regime terapêutico, apresentando défice relacionado com a adesão ao mesmo (Fravel, McDanel, Ross, Moores & Starry, 2011). Neste sentido, capacitar o grupo de idosos, que frequentam a consulta de enfermagem de diabetes da Unidade de Saúde Familiar (USF) Cuidar Saúde, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra, constitui o foco de intervenção do actual projecto de estágio de enfermagem

comunitária, realizado no âmbito do 2.º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem comunitária, que decorreu de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012 (anexo 1). O projecto teve como finalidade desenvolver competências de intervenção comunitária dirigida ao grupo de idosos com necessidades de autocuidado relacionadas com a diabetes. O objectivo geral do projecto consistiu na promoção do autocuidado num grupo de idosos com diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2). O projecto foi estruturado de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde e pela Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem.

O tema da adesão ao regime terapêutico na diabetes, factor essencial no autocuidado do grupo de idosos com diabetes, surgiu como necessidade conjunta das pessoas/população e da instituição de saúde onde foi realizado o estágio, pois não estava a ser avaliado o grau de adesão dos idosos ao regime terapêutico. O interesse e *curriculum* do mestrando, na área específica da diabetes, foi determinante para o desenvolvimento deste projecto.

O presente relatório constitui um relato e análise do percurso realizado ao longo do estágio, encontrando-se dividido em vários capítulos. No primeiro capítulo é realizada a justificação do foco de intervenção, através de revisão de literatura sobre o tema. No segundo capítulo é apresentada a metodologia realizada e o local de intervenção. No terceiro capítulo e seguintes é realizada uma descrição de todo o projecto, com base nas etapas definidas na metodologia do Planeamento em Saúde em consonância com o Teoria do Défice do Autocuidado de Orem. Por fim, encontram-se as conclusões, limitações do projecto, recomendações para a prática e reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização da enfermagem comunitária.

## **1. FOCO DE INTERVENÇÃO**

O envelhecimento constitui um processo dinâmico no qual existem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que conduzem à progressiva perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que provoca maior vulnerabilidade e incidência de patologias (Beers et al, 2004; Evenden & Gesty, 2007; Fonseca, 2005; Netto et al., 1999a; OMS, 1990; Paúl & Fonseca, 2005; cit. por Henriques, 2011). Este fenómeno é crescente e estima-se que em 2025, haja 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos no Mundo (WHO, 2002). Em Portugal, entre 2005 e 2010, a proporção de jovens e de população em idade activa decresceram relativamente à percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) que aumentou de 17,1% para 18,2% (INE, 2012). Este aumento de população idosa deve-se sobretudo à conjugação de dois factores: baixos níveis de fecundidade e aumento da esperança de vida, particularmente nas idades mais elevadas (WHO, 2002).

As sociedades estão assim perante a realidade do aumento do número de pessoas que, devido ao processo de envelhecimento, conducente à perda progressiva de capacidades, requerem do Ser Humano, a sua constante adaptação na realização de cuidados pessoais diários, cuidados esses definidos como autocuidado por Orem (Orem, 1991). A perda progressiva de capacidades, faz com que os idosos, “(...) pelas suas características, constituam um grupo vulnerável de elevado risco de isolamento e de pouca saúde” (Henriques, 2006, p.8), estando sujeitos a várias patologias crónicas.

### **1.1 A Pessoa com Doença Crónica**

O aumento da esperança média de vida nas últimas décadas, associado ao avanço científico, provocou uma maior incidência, prevalência e mortalidade por doença crónica (Fletcher, 2011). Com o crescimento da doença crónica associada ao envelhecimento da população, tem sido sugerida a doença como a primeira causa de morte e de disfunção no mundo em 2020 (Murray e Lopez, 1996; Epping-Jordan et al., 2001 cit. por Hicks, 2010).

A existência de doenças crónicas e a necessidade do seu controlo, de forma a evitar complicações resultantes dessas mesmas patologias, provoca no idoso a constante necessidade de adaptação. Orem (1991) descreve esta necessidade, através da definição de um conjunto de medidas de autocuidado requeridas, em momentos no tempo e por um

determinado tempo de duração, pelos indivíduos, que o idoso necessita de desenvolver para ir de encontro às exigências sentidas – necessidades terapêuticas de autocuidado. Para satisfazer estas necessidades, são desenvolvidas acções – os requisitos de autocuidado – que permitem a regulação dos factores que afectam o funcionamento e o desenvolvimento humano (Orem, 1991). Os requisitos de autocuidado são condições necessárias para (1) suportar os processos de vida, (2) manter a estrutura e o funcionamento humano em homeostase, (3) suportar o desenvolvimento de acordo com o potencial humano, (4) prevenir o dano ou a patologia, (5) contribuir para a regulação ou controlo dos efeitos do dano ou da patologia, (6) contribuir para a cura ou regulação dos processos patogénicos, e (7) promover o bem-estar geral (Orem, 1991). O necessário desenvolvimento destes requisitos é causado pela constante necessidade de adaptação que as doenças crónicas e a perda progressiva de capacidades dos idosos provocam. A aquisição de estratégias de desenvolvimento de autocuidado, permite o desenvolvimento e complexificação da agência de autocuidado, que Orem define como “(...) a capacidade complexa desenvolvida que permite aos adultos discernirem os factores que precisam de ser controlados ou geridos para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, para decidir o que podem e devem fazer em relação à regulação, de forma a eliminar os componentes das suas necessidades terapêuticas de autocuidado, e finalmente para melhorar as medidas de cuidados necessárias para conhecerem os seus requisitos de autocuidado.” (Orem, 1991, p.65).

As múltiplas necessidades terapêuticas de autocuidado que a doença crónica provoca e a necessária satisfação dos requisitos de autocuidado subjacentes, condicionam o desenvolvimento do processo de gestão da doença crónica por parte do idoso. A gestão da doença crónica tem sido definida como “a habilidade individual em gerir sintomas, tratamento, consequências físicas e psicossociais e alterações no estilo de vida inerentes à vivência com uma condição crónica” (Hicks, 2010). Devido aos factores de risco relacionados com o processo de envelhecimento (WHO, 2002), os idosos, encontram-se frequentemente num “(...) estado de inabilidade por causa de efeitos limitativos de actividade dos seus estados de saúde ou por causa da natureza e complexidade dos seus requisitos de cuidados diários” (Orem, 1991, p.4).

É tendo em conta este paradigma de cuidar que a enfermagem tem o seu foco de atenção nas pessoas com inabilidade para continuar a prover a quantidade e a qualidade de autocuidado que é regulatório do seu funcionamento e desenvolvimento (Orem, 1991). A

Teoria do Défice de Autocuidado de Orem assume que a enfermagem é a “resposta de grupos humanos a um recorrente tipo de incapacidade para a acção ao qual os seres humanos estão submetidos, nomeadamente, a incapacidade para cuidar de si mesmo quando a acção é limitada por causa do estado de saúde ou das necessidades de saúde do seu cuidado” (Orem, 1991, p.73). A enfermagem, com capacidades desenvolvidas através da formação especializada é detentora de um conjunto de qualidades – agência de enfermagem – que permite assistir os outros no exercício imediato da agência de autocuidado, na identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa, na avaliação das características do sistema de autocuidado do indivíduo, na metodologia a seguir para a gestão do sistema de autocuidado da pessoa, ou no desenvolvimento do sistema de assistência que substitui totalmente ou parcialmente a ausência da agência de autocuidado da pessoa (Orem, 1991).

## **1.2 A Pessoa com Diabetes**

A diabetes *mellitus* é uma patologia do foro metabólico, de etiologia múltipla, que se caracteriza por um estado de hiperglicemia crónica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, causados, ou pela deficiência na secreção de insulina, ou pela deficiência da acção da insulina, ou por ambas (WHO, 1999).

Dos quatro tipos de diabetes – diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional ou outros tipos específicos de diabetes, a DMT2 é a mais prevalente. Na DMT2 ocorre uma falência secretora de insulina pela célula  $\beta$  pancreática, que na altura do diagnóstico é da ordem dos 80% e que se vai acentuando progressivamente com o número de anos da doença (Portugal, 2011c). A persistência da hiperglicemia, embora possa causar lesões em vários órgãos, é nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular, que se manifestam as principais e mais fatais complicações da diabetes sendo a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação dos membros inferiores e implicando um risco aumentado da doença coronária e de acidente vascular cerebral (SPD, 2012). As principais complicações da diabetes são a neuropatia, retinopatia, nefropatia, doença macrovascular e pé diabético (ADA, 2012).

O número de pessoas com diabetes *mellitus* está continuamente a aumentar (Vermeire, Wens, Van Roywen, Biot, Hearnshaw & Lindenmeyer, 2005; ADA, 2012; SPD, 2012). A

International Diabetes Federation (IDF) estima que o número de pessoas com diabetes no mundo seja, em 2025, de 333 milhões (IDF, 2003). De acordo com o estudo Prevaldiab, em Portugal, a prevalência da diabetes nas pessoas com idade entre 20-79 anos é de 12,4% ajustada à população de 2010 (SPD, 2012). No grupo etário dos 60 aos 79 anos, cerca 27,1% das pessoas têm diabetes. (SPD, 2012). A DMT2 constitui cerca de 90% dos casos de diabetes *mellitus*. O aumento da prevalência da DMT2 está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da actividade física, aos estilos de vida não saudáveis, bem como a outros padrões comportamentais (SPD, 2012), à melhor identificação dos casos ainda não diagnosticados, a uma melhor prestação de cuidados e ao aumento de sobrevida das pessoas com diabetes (Burke, 1999; Meneilly, 1995; cit por Mendes, Valk, Griffin, Wagner, van Eijk, Assendelft, 2008).

Além dos custos directos com a doença, a diabetes traz enormes custos adicionais através de perdas de produtividade (Vermeire et al., 2005). Às complicações e ao sofrimento humano que a diabetes *mellitus* causa, adicionam-se os custos económicos, nomeadamente cuidados de saúde, perda de rendimentos e perda de produtividade que representaram, em 2010, 1% do Produto Interno Bruto português e 11% da despesa em saúde (SPD, 2012). Por estas razões, a diabetes *mellitus* tornou-se uma preocupação de saúde pública devido às necessidades que cria nos serviços de saúde e pelo efeito de perda de qualidade de vida de quem tem que viver com a diabetes (Shilubane & Potgieter, 2007).

O principal objectivo do tratamento passa por reduzir as complicações através do controlo da glicemia. O tratamento da DMT2 engloba a alimentação, o exercício físico, a educação (onde se inclui a autovigilância e o autocontrolo) e a medicação (ADA, 2012). A HbA1c é utilizada para identificar a concentração de glucose plasmática nos últimos três meses, sendo definido o valor de 6,5% ou inferior como sinónimo de bom controlo da diabetes *mellitus* (ADA, 2012; Portugal, 2011c). A evidência científica mostra que com valores mais baixos de HbA1c (inferior a 7%) existe uma redução das complicações microvasculares e a longo prazo das macrovasculares (ADA, 2012; Portugal, 2011c).

### 1.3 A Adesão ao Regime Terapêutico na DMT2

Desde que se instala, e pelo processo degenerativo das células pancreáticas, a DMT2 constitui uma das muitas doenças crónicas (Vermeire et al., 2005), sendo imperativo o seu controlo, de forma a evitar complicações. As pessoas com DMT2 apresentam frequentemente necessidades de autocuidado. No idoso, a diabetes causa necessidades terapêuticas de autocuidado nos três tipos de requisitos definidos por Orem – requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Ao nível dos requisitos universais de autocuidado, a diabetes pode provocar alterações na integridade estrutural e funcional do Ser Humano. Ao nível dos requisitos de desenvolvimento do autocuidado, a diabetes pode associar-se a eventos que afectam adversamente o desenvolvimento humano. Ao nível dos requisitos de desvio de saúde, a diabetes encontra-se relacionada com a necessidade de cumprir medidas de tratamento relacionadas com o controlo da patologia. Qualquer alteração ou desvio, provocado pela diabetes, nos requisitos de autocuidado, levam à necessidade de uma apreciação, juízo clínico e determinação das intervenções adequadas pelo enfermeiro.

Assim que a diabetes é diagnosticada, os utentes são confrontados com a necessidade de adaptações no seu estilo de vida (Vermeire et al., 2005), e com a orientação do enfermeiro, integram as necessidades terapêuticas de autocuidado que a diabetes provoca no seu estilo de vida diário, sendo orientados para desenvolver a sua agência de autocuidado, de forma a reduzir o défice no autocuidado. É fundamental que as pessoas adiram ao regime terapêutico (Vermeire et al., 2005), que é definido pela OMS como “o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, em relação à toma de medicamentos, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde” (WHO, 2003). A adesão ao regime terapêutico na diabetes constitui um conjunto de actividades que procuram diminuir o défice de autocuidado que a doença provoca.

A adesão ao regime terapêutico na diabetes irá prevenir complicações (UKPDS, 1998; Watkins, 2003, cit por Keogh, White, Hevey, McGilloway & Smith, 2009); reduzir o número de hospitalizações por complicações de curto prazo, reduzindo os custos hospitalares (Dusheiko, Doran, Gravelle, Fullwood & Roland, 2011; Gibson, Song, Alemayehu, Wang, Waddell, Bouchard & Forma, 2010); atrasar o aparecimento de processos como a aterosclerose e neuropatia (Campbell et al., 1997; Lewis & Collier, 1992 cit. por Shilubane

& Potgieter, 2007); reduzir os dias de incapacidade, aumentando a produtividade (Gibson et al., 2010); reduzir a utilização e custos relacionados com os serviços de saúde (Gibson et al., 2010; Henriques, 2011).

A adesão ao regime terapêutico pode ser complexa, requerendo comportamentos de auto-regulação ao longo da vida através de alterações do estilo de vida e estratégias de auto-gestão (Keogh et al., 2009), nomeadamente a aquisição de habilidade para monitorizar as condições e para afectar as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias à manutenção de uma satisfatória qualidade de vida (Hicks, 2010). A necessidade terapêutica de autocuidado que a gestão do regime terapêutico na diabetes provoca, a perda progressiva de capacidades dos idosos, e o facto da diabetes ser vista como uma doença de maior dificuldade na sua gestão do que em relação às restantes doenças crónicas (Larme e Pugh, 1998 cit. por Delahanty, Grant, Wittenberg, Bosch, Wexler, Cagliero & Meigs, 2007), faz com que hajam diferentes factores internos e externos aos idosos que afectam a sua habilidade para desenvolver o autocuidado ou afectam o tipo e quantidade de autocuidado requerido. A idade, o género, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, o estatuto sócio-cultural, os factores do sistema de saúde, os factores do sistema familiar, os padrões de vida, os factores ambientais, os recursos disponíveis e a sua adequação são outros factores condicionantes básicos que Orem aponta como influenciadores na forma como se desenvolve o autocuidado (Orem, 1991).

Apesar da não adesão ao regime terapêutico não ser mais prevalente nos idosos do que nos jovens (Hughes, 2004 cit. por Henriques, 2011), ela é responsável pelo aumento da probabilidade do insucesso da terapêutica, por complicações evitáveis, por aumento dos gastos com a saúde e aumento da morbilidade e mortalidade nas pessoas idosas (WHO, 2002).

Apesar dos profissionais de saúde considerarem a adesão um elemento crucial nos cuidados de saúde, apesar da não adesão ser reconhecida como um problema de saúde *major*, apesar dos cientistas referirem que a diabetes pode ser considerada a nova epidemia nas próximas décadas, a evidência mostra que a adesão aos tratamentos recomendados na diabetes é praticamente inexistente (Vermeire et al., 2005). Estudos mostram que apenas 36% dos pacientes com DMT2 aderem ao tratamento prescrito (Adisa, Alutundu e Fakeye, 2009 cit. por Strayer, Caple & Pravikoff, 2011).

## **1.4 A Intervenção da Enfermagem na Adesão ao Regime Terapêutico na DMT2**

Tendo em conta que os cuidados de enfermagem focam o estudo da resposta humana à doença e aos processos de vida (ICN, 2006), a gestão do regime terapêutico e a avaliação da adesão a esse regime constituem focos da prática de enfermagem (CIPE® Versão 2, 2011).

O processo de enfermagem tem início com o reconhecimento de que “os Seres Humanos, sobre uma série de determinadas condições, não podem providenciar cuidado contínuo a eles próprios e não podem controlar os factores internos ou ambientais que conduzem à prevenção da patologia e manutenção, promoção ou retoma da integridade humana e bem-estar.” (Orem, 1991, p.32). Desta forma, os enfermeiros são pessoas que possuem um conjunto de qualidades – agência de enfermagem – habilitando-os para o exercício da identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado dos outros, ajudando-os a regular o seu exercício, ou a desenvolver a sua agência de autocuidado (Orem, 1991). Assim, a intervenção de enfermagem justifica-se uma vez que são avaliados e desenvolvidos: a presença e dimensão do défice de autocuidado, a possibilidade de transformar efectivamente a agência de autocuidado relacionada com as necessidades terapêuticas de autocuidado, os métodos efectivos para encontrarem acções específicas que as necessidades terapêuticas de autocuidado exigem (Orem, 1991).

No caso da adesão ao regime terapêutico na diabetes, os enfermeiros devem proceder à identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado que a diabetes e a respectiva gestão do regime terapêutico provocam, da quantidade e qualidade de agência de autocuidado que o idoso possui para controlar e gerir a diabetes, dos requisitos de autocuidado individualmente afectados pela diabetes, do défice de autocuidado existente, e dos efeitos que condicionam a não satisfação das necessidades terapêuticas de autocuidado. Desta forma, o enfermeiro deve, conjuntamente com o idoso, avaliar os efeitos limitativos que provocam défice no autocuidado (Orem, 1991), identificando-se “os cuidados que melhor se adequam a cada caso individualmente e a forma como poderão ser ajudados na gestão do seu regime terapêutico de forma autónoma” (Henriques, 2006, p.38).

Desta forma, através dum juízo clínico de enfermagem, as pessoas com limitações identificadas na acção podem ser ajudadas a desenvolver as capacidades necessárias para gerir o seu próprio autocuidado (Orem, 1991).

Orem (1991) define uma tipologia de três sistemas de enfermagem – sistema de enfermagem totalmente compensatório, sistema de enfermagem parcialmente compensatório e o sistema de enfermagem de apoio e educação – cuja característica diferenciadora está na pessoa que desenvolve as operações de autocuidado. Independentemente do sistema de enfermagem necessário para o desenvolvimento de competências na agência de autocuidado da pessoa, as intervenções de enfermagem, na comunidade, demonstram o distinto e único papel que o enfermeiro comunitário desempenha na detecção do risco para a ajuda na auto-gestão do regime terapêutico dos idosos (Griffiths, 2004, cit. por Henriques, 2006). Nesta vertente comunitária, Orem refere que as pessoas podem constituir, em grupo, uma unidade multi-pessoa, uma vez que várias pessoas numa comunidade podem apresentar um tipo similar de requisitos de autocuidado (Orem, 1991). No caso da adesão ao regime terapêutico na DMT2, existe um conjunto de requisitos e de necessidades terapêuticas de autocuidado comuns a várias pessoas, que tendo em conta os baixos níveis de adesão já estudados, e de acordo com a experiência profissional do mestrando, carece de avaliação. Esta avaliação permitirá identificar prováveis necessidades de saúde deste grupo, desta unidade multi-pessoa, para que após identificação das necessidades, seja possível definir as intervenções grupais e individuais.

## **2. METODOLOGIA**

Tendo em conta o foco de intervenção descrito, o quadro conceptual de Enfermagem descrito por Orem (1991) e a metodologia de Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990), procede-se neste capítulo à descrição das etapas metodológicas realizadas no actual projecto.

### **2.1 A metodologia do Planeamento em Saúde no actual projecto**

De acordo com o foco de intervenção descrito, a avaliação do estado de saúde do grupo, foi realizada através da metodologia do Planeamento em Saúde, metodologia recomendada para a aquisição de competências de enfermeiro especialista (Portugal, 2011a).

Tavares refere que planear em saúde “(...) é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas” (1990, p.29). Este processo é constituído por seis etapas consecutivas, nomeadamente: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional-programação e avaliação. Estes passos metodológicos permitem que o processo de enfermagem decorra de uma forma organizada e sequenciada. Como Orem (1991) refere, a enfermagem, com capacidades desenvolvidas através da formação especializada, é detentora de um conjunto de qualidades – agência de enfermagem – que permite assistir os outros no exercício imediato da agência de autocuidado. As etapas do processo de enfermagem descritas por Orem – identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa, a avaliação das características do sistema de autocuidado do indivíduo, a definição da metodologia a seguir para a gestão do sistema de autocuidado da pessoa, e desempenho e avaliação do sistema de assistência que auxilia o desenvolvimento da agência de autocuidado da pessoa (Orem, 1991) – é paralela com as etapas utilizadas na metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990), conforme se evidencia na Tabela 1.

**Tabela 1 - Relação entre etapas do Processo de Enfermagem de Orem e da metodologia do Planeamento em Saúde**

<b>Etapas do Processo de Enfermagem (Orem, 1991)</b>	<b>Etapas da metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990)</b>
Identificação das necessidades terapêuticas de autocuidado	Diagnóstico da situação
Avaliação das características do sistema de autocuidado	
Definição de metodologia a seguir para a gestão do sistema de autocuidado	Determinação de Prioridades Fixação de objectivos Seleccção de estratégias Preparação operacional-programação
Desempenho e avaliação do sistema de assistência que auxilia o desenvolvimento da agência de autocuidado	Preparação operacional-programação Avaliação

## 2.2 Contexto local de intervenção

O Seixal, sendo sede de concelho e cidade, é constituído por 6 freguesias: Aldeia de Paio Pires, Amora, Arrentela, Corroios, Fernão Ferro e Seixal. Tem uma área geográfica de 94 km<sup>2</sup> e cerca de 180 741 habitantes (INE, 2012).

De acordo com indicadores do INE, no concelho do Seixal, em 2010, a Taxa de Natalidade situa-se nos 10,8 nados por cada 1000 utentes (média portuguesa de 9,5), a Taxa de Crescimento Natural é de 0,45% (Portugal -0,04%), o Índice de Dependência Total é de 43,7 (Portugal é de 49,9), o Índice de Envelhecimento é de 87,6 (Portugal 120,1), o Índice de Dependência de Idosos é de 20,4 (Portugal é de 27,2) e o Índice de Longevidade é de 35,7 (em Portugal é de 47,4).

Em termos de saúde o concelho do Seixal dispõe de diversas unidades funcionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde e outras instituições privadas. O ACES é o de Seixal-Sesimbra. O hospital de referência é o Hospital Garcia de Orta, situado fora do concelho, em Almada.

A USF Cuidar Saúde, é uma unidade funcional do ACES Seixal-Sesimbra, sediada na freguesia do Seixal, tendo como área de intervenção 3 freguesias: Aldeia de Paio Pires, Arrentela e Seixal. Tem como missão a “(...) prestação de cuidados na saúde e na doença a uma população definida geograficamente” (USF Cuidar Saúde, 2008), sendo que a organização é estruturada de acordo com o modelo familiar, tanto a nível médico –

médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, como a nível da enfermagem – Enfermagem de Família. A 31 de Dezembro de 2011, a USF prestava assistência a cerca de 13 443 utentes inscritos (USF Cuidar Saúde, 2012).

O PNPCD, da Direcção-Geral da Saúde (DGS), é desenvolvido na USF, estando inserido na sua Carteira Básica de Serviços. O objectivo principal deste é a prevenção de complicações resultantes da patologia não controlada, através da prestação de cuidados nos três níveis de prevenção. A consulta de enfermagem de diabetes procura capacitar os utentes, grupos, famílias e comunidade para o autocuidado relacionado com as necessidades terapêuticas que a diabetes provoca ao nível do balanço entre a agência do autocuidado e essas mesmas necessidades terapêuticas, elementos essenciais para o controlo da doença.

### **3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE**

Um projecto em saúde só é pertinente quando proporciona a satisfação de uma necessidade encontrada nesta etapa do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990). A identificação do défice de autocuidado e as intervenções a realizar pelo enfermeiro, através da sua agência de enfermagem, permitirá ao idoso, melhorar o autocuidado perante a diabetes e as suas características.

A identificação das necessidades surge frequentemente da caracterização impressiva da situação, como Tavares (1990) define, uma vez que da apreciação sistemática resultante do exercício profissional do mestrando, na área dos Cuidados de Saúde Primários, particularmente no que se refere à consulta de enfermagem de diabetes, tem-se verificado que os idosos apresentam limitações que impedem uma satisfatória adesão ao regime terapêutico.

#### **3.1 Técnicas e procedimentos utilizados para a Identificação dos Problemas/Necessidades de Saúde**

De forma a se proceder à identificação do défice autocuidado, procedeu-se a uma colheita de dados ocasional e a fontes primárias de dados. Da pesquisa bibliográfica realizada, foi apurada a Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD), de Bastos, Severo e Lopes (2007) que permite avaliar várias dimensões do autocuidado relacionado com a diabetes que não são cumpridas ou insatisfatoriamente cumpridas. Foi pedida autorização, por via electrónica, aos autores da EAAD para a sua aplicação, tendo sido concedida (anexo 2).

Além da EAAD, houve a preocupação de realizar uma avaliação de várias dimensões, que são inerentes à pessoa, e que permitem a determinação de um perfil da pessoa, ajudando na definição de estratégias e operacionalização das intervenções de forma a que estas estejam de acordo com as necessidades expressas pelo grupo de pessoas com diabetes. Foi utilizado o Método de Avaliação Biopsicosocial (MAB) (Botelho, 2008) para a definição deste perfil.

Através de um questionário avaliou-se o conhecimento das pessoas relativamente aos fármacos prescritos procurando-se identificar requisitos de desvio de saúde de autocuidado.

Na fase de diagnóstico descrevem-se as várias variáveis socio-demográficas dos indivíduos e de caracterização da diabetes, co-morbilidades e avaliação de parâmetros analíticos e antropométricos, identificando-se necessidades de requisitos de desvio de saúde de autocuidado.

Os instrumentos utilizados nesta fase do Planeamento em Saúde (anexo 3) permitem identificar e quantificar o défice de autocuidado através: (1) do grau de adesão às várias dimensões do regime terapêutico na diabetes, identificando os requisitos de autocuidado necessários, mas que são inexistentes ou insatisfatórios neste grupo de utentes; (2) do grau de controlo da diabetes – agência do autocuidado existente; (3) da comparação entre as necessidades terapêuticas que a diabetes provoca no autocuidado e as habilidades dos utentes em gerirem a agência de autocuidado; (4) e da caracterização sócio-demográfica e clínica deste grupo de utentes, realizando-se uma avaliação dos requisitos de autocuidado existentes. Os instrumentos de medida selecionados apresentam uma relação evidente com os requisitos de autocuidado que se pretendem avaliar (Tabela 2).

**Tabela 2 - Relação entre os instrumentos de medida utilizados na identificação de problemas/necessidades de saúde e o requisito de autocuidado avaliado**

<b>Instrumento de medida utilizado na identificação de problemas/necessidades de Saúde</b>	<b>Requisito de autocuidado avaliado</b>
Questionário de variáveis sócio-demográficas	Requisitos Universais
Método de Avaliação Bio-Psico-Social	Requisitos Universais e de Desenvolvimento
Questionário de caracterização da diabetes e co-morbilidades	Requisitos de Desvio de Saúde
Avaliação de parâmetros analíticos e antropométricos	Requisitos de Desvio de Saúde
Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes	Requisitos Universais e de Desvio de Saúde
Questionário sobre conhecimentos acerca do regime medicamentoso	Requisitos de Desvio de Saúde

## Caracterização das Variáveis e dos Instrumentos de Medida

Os instrumentos de medida utilizados para a identificação dos problemas/necessidades de saúde foram aplicados durante uma entrevista, na consulta de enfermagem ou em contexto domiciliário.

Segue-se a descrição sumária dos instrumentos utilizados na fase de identificação de necessidades de saúde.

**Questionário de variáveis sócio-demográficas:** avaliou a idade, sexo, escolaridade, saber ler e/ou escrever, situação profissional, estado civil, viver sozinho ou não, área geográfica de residência, meio de deslocação à USF Cuidar Saúde:

- **Idade** – em anos, reportada a 31 de Dezembro de 2010. O dado foi retirado do processo clínico.
- **Sexo** – masculino, feminino. O dado foi retirado do processo clínico.
- **Escolaridade** – foi pedido o número completo de anos de escolaridade e feita a conversão dos níveis de instrução dos idosos para a actual classificação do ensino com a sua categorização tendo em conta a *International Standard Classification of Education 1997 (ISCED-97)*<sup>1</sup> (INE, 2004).
- **Ler e/ou escrever** – questionada a pessoa sobre se sabe ler e/ou escrever.
- **Situação profissional** – avaliada, não a profissão, mas se trabalha, está desempregado(a) ou se está reformado(a).
- **Estado civil.**
- **Área geográfica de residência** – avaliação da distância que vive da USF Cuidar Saúde, por freguesias. O dado foi retirado do processo clínico.
- **Meio de deslocação** – avaliação do meio habitual utilizado para se deslocar à USF Cuidar Saúde.

**Método de Avaliação Biopsicosocial** (Botelho, 2008) – permitiu uma avaliação multidimensional em 10 domínios: sexo, idade, queixas de saúde, estado de nutrição,

---

<sup>1</sup> A classificação ISCED-97 categoriza 6 níveis de instrução. Ao nível 0 corresponde a educação pré-escolar, sendo que a não frequência escolar também se enquadra nesta categoria; o nível 1 categoriza o 1.º e o 2.º ciclo do ensino básico; o nível 2, o 3.º ciclo do ensino básico; o nível 3, o ensino secundário; o nível 4 não tem correspondência no sistema de ensino português; o nível 5 corresponde ao bacharelato, licenciatura, DESE, pós-licenciatura e mestrado; ao nível 6 corresponde o doutoramento.

quedas, locomoção, autonomia física, autonomia instrumental (Lawton), queixas emocionais, estado cognitivo (adaptado do *Mini Mental State*, de Folstein), estado social e hábitos – traçando um perfil biopsicossocial.

Todas as questões são reportadas ao espaço do último mês. A classificação dos domínios estrutura-se em: 0 – incapaz; 1 – dependente; 2 – autónomo; 3 – independente; integrados numa abordagem dicotómica: 0 e 1 – desfavorável/indesejável/dependente; 2 e 3 – favorável/desejável/auto-suficiente. A sequência dos dígitos, por ordem de sequência dos domínios, traça o perfil biopsicossocial (Botelho, 2008; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados).

O peso foi avaliado com balança digital SECA. Foi registada a altura do processo clínico. O perímetro da cintura foi avaliado com fita métrica SECA de 1,5 metro.

**Caracterização da diabetes e co-morbilidades** – foi questionada a pessoa sobre informações relacionadas com a sua DMT2 – duração; tipo de tratamento actual; se avalia a glicemia capilar e local habitual da avaliação; presença de sintomas; existência, durante o ano de 2011, de episódios de complicações agudas, data de início da ocorrência de complicações crónicas, se existentes; existência de co-morbilidades; e, se recebe ajuda de alguém para gerir a sua diabetes (ajuda de alguém, familiar ou não, excluindo profissionais de saúde. Exemplo de ajudas: compra e/ou gestão dos fármacos, avaliação de glicemia capilar, ida às análises, ida às consultas, compra dos alimentos, gestão das refeições, e outros factores que possam contribuir para a adesão da pessoa ao regime terapêutico). As co-morbilidades foram classificadas de acordo com as categorias da *International Classification of Primary Care – 2.<sup>a</sup> edição* (WHO, 2003). Os dados que são auto-relatados foram confirmados no processo clínico.

**Avaliação de parâmetros analíticos e antropométricos** – foi consultado o processo clínico para recolha de informação sobre a última HbA1c realizada no 2.<sup>o</sup> semestre do ano de 2011. Foi avaliada a pressão arterial sistólica e diastólica – 3 avaliações – tendo sido considerada a média das avaliações (*JNC 7 Report*, 2003), arredondada à unidade mais próxima. Foi utilizado um tensiómetro digital, de marca Omron. A avaliação da pressão arterial foi realizada de acordo com as premissas observadas pela Circular Normativa n.º 020/2011, de 28/09/2011 – Hipertensão Arterial: definição e classificação, da DGS (Portugal, 2011b).

**Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes** – A EAAD de Bastos, Severo e Lopes (2007) é uma versão traduzida e adaptada para português da escala de actividades de autocuidado com a diabetes – *Summary of Diabetes Self-Care Activities* – SDSCA. A EAAD contém 17 itens, agrupados em 6 dimensões – alimentação geral, alimentação específica, actividade física, monitorização de glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos – tendo uma consistência interna, avaliada para cada dimensão através do Coeficiente *Alpha de Cronbach* que varia entre 0,68 e 0,36. A pessoa é questionada acerca dos cuidados que realizou durante os últimos sete dias. A escala de resposta varia entre os 0 e os 7 dias da semana. O resultado de cada dimensão consiste na média aritmética dos vários itens que constituem cada dimensão, expresso em número de dias.

**Conhecimentos acerca do regime medicamentoso:** tendo em conta que a EAAD, na área da medicação, apenas avalia se tomou os medicamentos e o seu número, considerou-se relevante para a finalidade do projecto avaliar o conhecimento dos idosos sobre os medicamentos que tomam. Foi pedido a cada idoso que trouxesse todos os seus medicamentos. O utente foi questionado, para cada medicamento, sobre o prescritor, apresentação farmacêutica, a dose do medicamento; número de vezes que toma/dia; o(s) momento(s) que toma; qual a finalidade do medicamento; se considera fazer efeito; o tempo que toma o medicamento; até quando é que vai tomar o medicamento; dificuldades na sua toma; efeitos secundários existentes. Dos 11 critérios avaliados, considerou-se que existe conhecimento sobre o medicamento quando a pessoa identifica/conhece todos os critérios. As substâncias activas identificadas foram classificadas de acordo com a classificação *WHO Collaborative Centre for Drugs Statistics Methodology* (Classificação ATC) nos seus dois primeiros níveis (WHO, 2012).

#### Procedimentos efectuados e Consentimento Informado

Os utentes que constituem a amostra foram convidados a participar no estudo durante a consulta periódica ou por telefone. Os utentes foram informados que seria feito um contacto telefónico posterior para marcação da ida do enfermeiro a casa, para o preenchimento de um questionário. Quatro utentes preferiram deslocar-se à USF Cuidar Saúde, tendo sido combinado dia e hora para a sua administração. Com os restantes utentes, foi combinado dia e hora, na residência do utente. No dia marcado, foi obtido o

consentimento informado escrito (anexo 4), após ter sido explicada a natureza do projecto e de se terem esclarecido todas as dúvidas existentes.

### **3.2 População-alvo**

O foco de intervenção deste projecto teve como população-alvo o grupo de utentes com 65 ou mais anos (completos a 31 de Dezembro de 2010), de ambos os sexos, inscritos na USF Cuidar Saúde, que apresentam diagnóstico de DMT2 e que são vigiados na consulta de enfermagem da lista de família do mestrando.

A USF Cuidar Saúde tem 1923 utentes inscritos cuja idade é de 65 ou mais anos. Destes, 769 utentes (40%) têm diagnóstico de DMT2, sendo que 615 utentes (80%) são acompanhados na consulta de enfermagem. A lista de família do mestrando compreende 102 destes utentes (13,3%), que constituem a população-alvo.

Foram seleccionados os utentes que se considerou não terem a diabetes controlada, tendo-se considerado o valor de HbA1c de 6,5% como diferenciador dos utentes cuja diabetes se encontra ou não controlada (ADA, 2012).

Dos 102 utentes que constituem a população alvo, 15 foram excluídos por não terem registo de análise laboratorial de HbA1c do 2.º semestre do ano de 2011; 49 por terem a HbA1c controlada; e 7 porque o autocuidado é efectuado no domicílio.

Dos 31 utentes que constituem a amostra, 7 não participaram no diagnóstico de situação pelas seguintes razões: 2 porque encontram-se na terra de origem; 2 pela impossibilidade de serem contactados durante a fase de diagnóstico; 1 por estar hospitalizado e 1 por recusar a participação.

A amostra é constituída por 24 utentes.

### 3.3 Identificação das necessidades de saúde/Caracterização da amostra

#### Caracterização Socio-Demográfica

Os 24 idosos inquiridos têm uma idade média de 73,88 anos (mín. 66; máx. 85; mediana 75; desvio-padrão 5,343).

Na Tabela 3 apresenta-se a caracterização dos idosos relativamente ao sexo, nível de escolaridade, leitura, escrita, situação profissional, estado civil, meio de deslocação à USF, área geográfica de residência.

Tabela 3 - Caracterização dos utentes: variáveis sócio-demográficas

Caracterização dos utentes (N=24)					
	N	%		N	%
<b>Sexo</b>			<b>Estado Civil</b>		
Masculino	15	62,5	Solteiro(a)	1	4,2
Feminino	9	37,5	Casado(a)	18	75,0
<b>Nível de Escolaridade</b>			União de Facto	1	4,2
Nível 0 – Não frequência escolar	3	12,5	Viúvo(a)	4	16,7
Nível 1 – 1.º e 2.º ciclo ensino básico	19	79,2	Divorciado(a)	0	0,0
Nível 2 – 3.º ciclo ensino básico	2	8,3	Separado(a)	0	0,0
Nível 3 – ensino secundário	0	0,0	<b>Meio de deslocação à USF</b>		
Nível 4 – ensino superior	0	0,0	A pé	10	41,7
Nível 6 – doutoramento	0	0,0	Carro próprio	8	33,3
<b>Saber ler</b>			Autocarro	6	25,0
Sim	23	95,8	Bicicleta	0	0,0
Não	1	4,2	Carro de familiar	0	0,0
<b>Saber escrever</b>			Mota	0	0,0
Sim	23	95,8	Outro	0	0,0
Não	1	4,2	<b>Área geográfica de residência</b>		
<b>Situação Profissional</b>			Freguesia da Aldeia de Paio Pires	6	25,0
Activo(a)	0	0,0	Freguesia da Amora	0	0,0
Desempregado(a)	0	0,0	Freguesia da Arrentela	8	33,3
Reformado(a)	24	100,0	Freguesia de Corroios	0	0,0
<b>Vive só?</b>			Freguesia de Fernão Ferro	2	8,3
Sim	5	20,8	Freguesia do Seixal	8	33,3
Não	19	79,2	Concelho de Sesimbra	0	0,0
			Outro Concelho (excl. Seixal/Sesimbra)	0	0,0

### Avaliação Multidimensional

A avaliação multidimensional dos utentes (Tabela 4) revela que os idosos são maioritariamente homens (1), com idade entre os 65 e 79 anos (1), com queixas de saúde (0), com um mau estado de nutrição (0), sem quedas (3), independentes na locomoção (3), com autonomia física independente (3), sendo autónomos na vertente instrumental (2), com um estado emocional satisfatório (2), com um bom estado cognitivo (3), com um insatisfatório estado social (1) e com bons hábitos (3). Em anexo, encontra-se a análise detalhada deste perfil (anexo 5).

**Tabela 4 – Perfil Biopsiossocial dos utentes**

Sexo		Bio						Psico		Social	
Idade		Saúde	Nutrição	Quedas	Locom.	A.Física	A.Instr.	Emoci.	Cognit.	Social	Hábitos
1	1	0	0	3	3	3	2	2	3	1	3

### Caracterização da Diabetes e co-morbilidades

Os idosos têm a diabetes diagnosticada há 12,88 anos, em média (mediana 9,5 anos; min. 1 ano; máx. 35 anos; desvio-padrão 10,82 anos).

Na Tabela 5 apresenta-se a caracterização dos utentes relativamente ao tipo de tratamento, avaliação da glicemia, local de avaliação da glicemia, sintomas resultantes da diabetes, ajuda na gestão da diabetes, complicações agudas e co-morbilidades associadas.

**Tabela 5 - Caracterização dos utentes: variáveis associadas à diabetes e co-morbilidades**

Caracterização da Diabetes e Co-Morbilidades (N=24)					
	N	%		N	%
<b>Tipo de tratamento</b>			<b>Complicações agudas</b>		
Dieta	22	91,7	Hipoglicemia	0	0,0
Exercício físico regular	8	33,3	Cetoacidose diabética	0	0,0
Antidiabéticos orais	21	87,5	Síndrome hiperglicémico hiperosmolar	0	0,0
Insulina	5	20,8	Lactoacidose	0	0,0
Outro	0	0,0	<b>Co-Morbilidades associadas</b>		
Nenhum	0	0,0	(por categoria ICPC-2)		
<b>Avaliação da glicemia</b>			A – Geral e inespecífico	0	0,0
Sim	24	100,0	B – Sangue, sistema hematopoiético, linfático e baço	4	16,7
Não	0	0,0	D – Digestivo	6	25,0
<b>Local de avaliação da glicemia</b>					

Casa própria	22	91,7	F – Olho	6	25,0
Casa de familiar	0	0,0	H – Ouvido	3	12,5
Centro de saúde	1	4,2	K – Circulatório	22	91,7
Farmácia	1	4,2	L – Musculo-esquelético	10	41,7
Associação de reformados	0	0,0	N – Neurológico	0	0,0
Outro local	0	0,0	P – Psicológico	3	12,5
<b>Sintomas resultantes da diabetes</b>			R – Respiratório	2	8,3
Poliúria	5	20,8	S – Pele	5	20,8
Polidipsia	1	4,2	T – Endócrino/Metabólico e nutricional	20	83,3
Polifagia	2	8,3	U – Urinário	6	25,0
Fadiga	5	20,8	W – Gravidez, parto e planeamento familiar	3	12,5
Emagrecimento rápido	0	0,0	X – Genital feminino	1	4,2
Prurido	1	4,2	Y – Genital masculino	7	29,2
Visão turva	5	20,8	Z – Problemas sociais	0	0,0
<b>Ajuda na gestão da diabetes</b>					
Sim	14	58,3			
Não	10	41,7			

### Avaliação de Parâmetros Analíticos e Antropométricos

Na Tabela 6 apresenta-se os valores de HbA1c, tensão arterial sistólica e diastólica.

**Tabela 6 - Avaliação dos Parâmetros Analíticos e Antropométricos**

Parâmetros Analíticos e Antropométricos					
	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-Padrão
<b>HbA1c do 2.º semestre de 2011</b>	7,73	6,6	9,7	7,35	1,06
<b>Tensão Arterial Sistólica</b>	140,54	108	189	139,5	23,67
<b>Tensão Arterial Diastólica</b>	73,42	47	91	74	11,92

O valor médio de HbA1c da amostra é muito próximo do valor médio de HbA1c da população em geral, de acordo com o relatório do Observatório Nacional da Diabetes – 7,8% (SPD, 2012).

### Avaliação das Dimensões do Autocuidado relacionado com a Diabetes

Da aplicação da EAAD (Bastos et al., 2007), determinou-se os scores em termos de dimensões do autocuidado (Tabela 7).

**Tabela 7 - Score das Dimensões do Autocuidado avaliados pela EAAD**

Dimensões da EAAD	Score (dias da semana)
Alimentação geral	6,1667
Alimentação específica	5,3274
Actividade física	3,5833
Monitorização da glicemia	3,8750
Cuidados com os pés	5,2222
Medicamentos	6,8433

Em anexo, encontra-se a descrição dos resultados de cada item (anexo 6).

Da análise da Tabela 7, evidenciam-se duas dimensões do autocuidado relacionado com a diabetes que apresentam um score mais baixo, em relação às restantes dimensões, e que constituem necessidades de saúde: a actividade física e a monitorização da glicemia.

Relativamente à monitorização da glicemia, a análise dos dados evidencia que os utentes avaliam a glicemia capilar, em média, 3,875 dias por semana. As *guidelines* da ADA recomendam que a frequência da auto-monitorização da glicemia deve ser ajustada consoante as necessidades individuais e os objectivos fixados para cada pessoa (ADA, 2012). O Manual de Procedimentos da USF Cuidar Saúde, relativamente a esta questão, recomenda que na maioria das situações seja realizada a auto-monitorização 3 vezes por semana, existindo necessidade de aumento de frequência nas situações de doença, descompensação glicémica e na presença de insulino-terapia (USF Cuidar Saúde, 2011). Tendo em conta este facto o score apresentado encontra-se de acordo com as normas clínicas da unidade à qual os idosos pertencem não se detectando disparidade de frequência entre as recomendações e a auto-monitorização praticada.

Relativamente à actividade física, as recomendações terapêuticas definem o período de 30-45 minutos de actividade física regular como componente do regime terapêutico da diabetes (ADA; 2012; Portugal, 2008). A análise dos dados revela que, em média, os utentes apenas praticam actividade física em cerca de 3,5833 dias por semana, em vez de o fazerem diariamente. Estudos demonstram que os utentes com diabetes são menos propensos a seguirem as recomendações, particularmente as que estão relacionadas com a dieta e a actividade física (Liska, May & David, 1997, cit por Shilubane & Potgieter, 2007).

Ao analisar a dimensão da actividade física (Tabela 8), detecta-se que apenas um (1) utente pratica actividade física diariamente mais de 30 minutos, em sessão de exercício físico específico para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho.

**Tabela 8 – Cruzamento das duas variáveis da dimensão "Actividade Física" da EAAD**

Score (dias da semana)	Frequência de utentes cuja resposta foi coincidente em ambas as variáveis	Percentagem
0,00	6	25,0
2,00	2	8,3
3,00	2	8,3
4,00	4	16,7
4,50	1	4,2
5,00	1	4,2
6,00	4	16,7
6,50	3	12,5
7,00	1	4,2

Este facto constitui uma necessidade de saúde. A manutenção do balanço entre actividade e repouso, requisito universal de autocuidado, está a ser insatisfatoriamente realizado. Sendo que a agência do autocuidado deste grupo de utentes não é a suficiente para satisfazer este requisito de autocuidado, surge um défice de autocuidado, uma vez que existe um desequilíbrio entre a necessidade terapêutica de realizar actividade física e as vezes que os utentes a realizam. Estudos apontam que a maioria das pessoas com diabetes falha na adopção ou na manutenção de comportamentos favoráveis nomeadamente na actividade física (Lindstrom, 2006; Nathan, 1995; UKPDS 34; cit. por Noknov, Chapman & Anothaisintawee, 2009).

#### Avaliação sobre conhecimentos acerca do regime medicamentoso

Relativamente ao conhecimento sobre o regime medicamentoso, foram analisadas as respostas dos 24 utentes, relativamente a um total de 137 fármacos. Da análise da Tabela 9 verifica-se que dos 137 fármacos, 105 não são conhecidos pelos utentes em todas as

suas variáveis, pelo que não apresentam conhecimento acerca da maioria dos fármacos que tomam.

**Tabela 9 - Conhecimento sobre o regime medicamentoso**

	<b>Categoria</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Moda</b>
<b>Conhecimento do fármaco</b>	Não	105	76,6	<b>Não</b>
	Sim	32	23,4	

Dos 24 utentes, nenhum (0) conseguiu identificar correctamente todas as variáveis dos fármacos que tomam. A análise detalhada das 11 variáveis que constituíram a dimensão “Conhecimento do fármaco” encontra-se em anexo (anexo 7).

O conhecimento sobre o regime medicamentoso constitui um requisito de desvio de saúde de autocuidado que está insatisfatoriamente cumprido, existindo um evidente défice de autocuidado.

Tendo em conta a análise dos dados, detectam-se duas necessidades de saúde: reduzida actividade física e não conhecimento sobre os fármacos utilizados, conforme Tabela 10.

**Tabela 10 – Lista de Necessidades de Saúde identificadas no Diagnóstico de Situação**

<b>Necessidades de Saúde identificadas no Diagnóstico de Situação</b>
Reduzida actividade física
Não conhecimento sobre os fármacos utilizados

### **3.4 Diagnósticos de enfermagem**

Orem refere que “o diagnóstico em enfermagem necessita de investigação e acumulação de factos acerca da agência de autocuidado do utente e das suas necessidades terapêuticas de autocuidado e a existente relação entre elas” (Orem, 1991, p.270). Tendo em conta este facto, procedeu-se à identificação dos requisitos de autocuidado não satisfeitos ou insatisfatoriamente satisfeitos deste grupo de utentes, a partir da avaliação realizada e instrumentos de colheita de dados utilizados, cruzando com as necessidades

terapêuticas que a diabetes provoca. Desta identificação surgem dois défices de autocuidado – não conhecimento dos fármacos, requisito de desvio de saúde do autocuidado; e reduzida frequência de actividade física, requisito universal de autocuidado. Estes défices de autocuidado constituem os dois diagnósticos de enfermagem. Não tendo Orem, nos seus pressupostos teóricos, uma classificação diagnóstica, formularam-se os seguintes diagnósticos de enfermagem com base na CIPE 2 (CIPE® Versão 2, 2011), conforme Tabela 11:

**Tabela 11 - Definição dos Diagnósticos de Enfermagem e relação com o Requisito de Autocuidado onde existe défice.**

<b>Diagnóstico de Enfermagem (CIPE 2)</b>	<b>Requisito onde existe défice de autocuidado</b>
<b>Défice de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso</b>	Requisito de Desvio de Saúde do autocuidado
<b>Padrão de Exercício comprometido</b>	Requisito Universal do autocuidado

#### 4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A etapa de determinação de prioridades é um processo de tomada de decisão, em que se pretende otimizar os recursos e os resultados, seleccionando prioridades, procurando saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990). Para determinar prioridades relativamente aos diagnósticos de enfermagem definidos, utilizou-se o Método de Hanlon (Tavares, 1990). A determinação das prioridades encontra-se representada na Tabela 12.

**Tabela 12 – Estabelecimento de prioridades nos diagnósticos de enfermagem segundo o Método de Hanlon.**

Diagnósticos Desequilíbrio entre a agência de autocuidado e as necessidades terapêuticas de autocuidado	Amplitude (A)		Gravidade (B)		Eficácia (C)		Exequibilidade (D)					Resultado
	N	Peso	Morbilidade física	Morbilidade psicológica		Peso	Pert.	Exeq.	Ace	Disp	Leg	
<b>Défice de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso</b>	24	10	9	5	Esforço difícil	1	1	1	1	1	1	<b>17</b>
<b>Padrão de Exercício comprometido</b>	23	9	9	5	Esforço modera do	1,5	1	1	1	1	1	<b>24</b>

Através do método de Hanlon, foram estabelecidas prioridades com base em quatro critérios – amplitude ou magnitude do problema (A), gravidade do problema (B), eficácia da solução (C) e exequibilidade da intervenção (D) – sendo definido um valor de prioridade para cada diagnóstico de enfermagem de acordo com a seguinte relação entre os critérios:  $(A + B) C \times D$ .

A amplitude do problema (A) relaciona-se com o número de utentes afectados pelo mesmo diagnóstico de enfermagem, sendo atribuídos diferentes pesos consoante o número de pessoas afectadas pelo mesmo problema. Relativamente ao conhecimento sobre a medicação, nenhum utente da amostra revela conhecer todos os seus fármacos e todas as suas variáveis. No que concerne ao regime de exercício físico, apenas um utente realiza pelo menos 30 minutos de actividade física diária, numa sessão de exercício organizado e deliberado.

A gravidade do problema (B) é avaliada numa escala de 0 a 10, tendo em conta a mortalidade, a morbilidade, a criação de incapacidades, custos e outros. Para determinar a gravidade do problema, ponderou-se cada diagnóstico de enfermagem, tendo em conta a sua capacidade de susceptibilizar morbilidade física ou psicológica.

A eficácia da solução (C) relaciona-se com o grau de facilidade da solução, variando numa escala de 0,5 a 1,5, onde 0,5 corresponde a um problema de solução mais difícil. Foi considerado o diagnóstico “défice de conhecimento sobre o regime medicamentoso” de maior esforço do que em relação ao diagnóstico “padrão de exercício comprometido”. Esta consideração relaciona-se com o requisito de autocuidado a que cada diagnóstico está afectado. Orem refere que o “desenvolvimento dos requisitos de desvio de saúde de autocuidado são mais difíceis de adquirir uma vez que as habilidades são especificadas tanto pelas necessidades de cuidados que surgem do desvio de saúde, como pela terapêutica medicamentosa prescrita.” (Orem, 1991, pp.166-167). Desta forma, as intervenções a realizar no diagnóstico de défice de conhecimento sobre o regime medicamentoso, sendo um requisito de desvio de saúde do autocuidado, acabam por exigir um maior esforço quando comparado com as intervenções a realizar no diagnóstico do padrão de exercício comprometido, requisito universal do autocuidado.

A exequibilidade da intervenção (D) é avaliada através da pertinência, da exequibilidade económica, da aceitabilidade, da disponibilidade de recursos e da legalidade, numa escala nominal de “sim” ou “não”, em que tomam o valor de 1 ou 0, respectivamente. A exequibilidade da intervenção (D) foi considerada igual em ambos os diagnósticos.

Aplicando o Método de Hanlon, conclui-se que o diagnóstico “padrão de exercício comprometido” é prioritário em relação ao diagnóstico “défice de conhecimento sobre o regime medicamentoso”, pelo que o âmbito da intervenção do projecto será a promoção da actividade física no grupo de idosos com DMT2.

O projecto foi designado de “CUIDAR EM MOVIMENTO”, lembrando, por um lado, a necessidade de aumentar o autocuidado relacionado com a actividade física e, por outro lado, a palavra “Cuidar” que faz alusão ao próprio nome da USF à qual os utentes pertencem, e onde se realiza este projecto.

## 5. FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Imperatori e Giraldes (1993) referem que, no processo de metodologia do Planeamento em Saúde, após a identificação dos diagnósticos e o estabelecimento de prioridades, há que determinar os objectivos que se pretende atingir em relação aos problemas de saúde identificados. E para esta determinação há que: seleccionar indicadores, determinar a tendência dos problemas, fixar os objectivos a atingir e concretizar os objectivos em objectivos operacionais ou metas (Tavares, 1990).

Tendo em conta a selecção dos indicadores, tem pertinência no projecto que se está a realizar, elaborar indicadores de processo, que permitam quantificar as actividades realizadas (Imperatori & Giraldes, 1993). Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem em que o actual projecto intervém foram definidos os seguintes indicadores de processo:

Nome	<b>% de participação da amostra nas actividades a desenvolver</b>
Numerador	n.º de participantes na 1.ª actividade + n.º de participantes na 2.ª actividade
Denominador	n.º de casos da amostra (24) x 2 actividades = 48
Resultado	Permite determinar a percentagem de utentes que constituem a amostra que participaram nas actividades.

Nome	<b>% de satisfação da amostra com as actividades a desenvolver</b>
Numerador	n.º de participantes que classificam a generalidade das actividades no grau “Muito Satisfeito” e “Satisfeito”
Denominador	n.º de participações no total das actividades
Resultado	Permite determinar a percentagem de utentes que avaliaram satisfatoriamente as actividades desenvolvidas.

Nome	<b>% de participação dos enfermeiros em sessão formativa sobre o projecto</b>
Numerador	n.º de enfermeiros que participam na sessão formativa que deu a conhecer todo o percurso do mestrando e do projecto
Denominador	6 enfermeiros (5 enfermeiros que constituem a equipa + enfermeira-chefe)
Resultado	Permite determinar a percentagem de enfermeiros que participaram na sessão formativa.

Os indicadores definidos avaliam a participação e a satisfação das pessoas com diabetes relativamente às actividades desenvolvidas e a participação dos enfermeiros na sessão formativa que deu a conhecer o projecto e o percurso do mestrando.

Após a determinação dos indicadores de processo, e segundo a metodologia de planeamento em saúde, deve-se determinar a tendência do problema (Imperatori & Giraldes, 1993). No caso do padrão de exercício comprometido, não existem dados anteriores no Concelho do Seixal pelo que não foi determinada a tendência. No entanto, e apesar da não determinação da tendência do problema, há que fixar os objectivos desejáveis. Assim, como objectivo geral do projecto determinou-se o seguinte:

**Promover o autocuidado num grupo de idosos com diabetes *mellitus* tipo 2 relativamente à actividade física, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012.**

Sendo que, “os requisitos centrais do autocuidado são a aprendizagem e o uso de conhecimento” (Orem, 1991, pp.158-159) e tendo em conta o objectivo geral definido, o sistema de enfermagem relacionado com o défice de autocuidado diagnosticado é o sistema de apoio e educação. O sistema de enfermagem de apoio e educação, tendo em conta o diagnóstico efectuado, permite adequar as intervenções a desenvolver, uma vez que os utentes estão aptos a desempenhar ou podem e devem aprender a desempenhar medidas requeridas externamente ou internamente orientadas para o autocuidado terapêutico, mas não o estão a fazer, sendo necessária assistência da enfermagem (Orem, 1991). A avaliação biopsicosocial não determinou causas físicas, psicológicas ou sociais que impeçam este grupo de utentes de satisfazer a necessidade terapêutica de

autocuidado, de forma a realizar a actividade física necessária para preencher o requisito de autocuidado do balanço entre repouso e actividade física, reduzindo o défice de autocuidado neste momento existente. Desta forma, este grupo de utentes tem as capacidades necessárias para desenvolver o autocuidado necessário. Não o fazendo, necessitam da assistência da enfermagem, em termos de conhecimentos e estratégias, de forma a integrar estes conhecimentos nos seus requisitos de autocuidado. Desta forma, a intervenção de enfermagem pretende que os utentes “(...) aprendam a desempenhar medidas requeridas externamente ou internamente orientadas para o autocuidado terapêutico” (Orem, 1991, p.291).

Do objectivo geral, foram definidos objectivos específicos, de forma a que o grupo de idosos que constituem a amostra possam:

- a) Reconhecer a importância da actividade física no auto-controlo metabólico da diabetes;
- b) Identificar procedimentos necessários à prática de actividade física quando se tem diabetes;
- c) Perceber que a actividade física permite regularizar a glicemia capilar e assim auto-controlar a diabetes.

De acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, os objectivos foram convertidos em objectivos operacionais ou metas, que são enunciados “(...) de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades (...), traduzido em termos de indicadores de actividade” (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, e tendo em conta a ordem pelo qual foram estabelecidos os objectivos, definiram-se as seguintes metas:

- a) Que 70% dos utentes idosos com diabetes identifiquem a actividade física como uma das componentes do regime terapêutico na diabetes;
- b) Que 70% dos utentes com diabetes identifiquem pelo menos dois procedimentos que devem ter em conta ao realizarem actividade física;
- c) Que 70% dos utentes idosos com diabetes evidenciem uma redução da glicemia capilar ao realizarem actividade física.

## 6. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS/INTERVENÇÕES

As estratégias/intervenções podem definir-se como “(...) o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.65).

Assim, na definição das estratégias/intervenções relativamente ao défice de autocuidado relacionado com o padrão de exercício comprometido, teve-se em conta o conjunto de acções que Orem define para este requisito universal de autocuidado – manutenção do balanço entre actividade e repouso – “(...) seleccionar actividades que estimulem, desenvolvam e mantenham balanceado o movimento físico, resposta afectiva, esforço intelectual, e interacção social; reconhecimento de manifestações de necessidades de repouso e de actividade; uso das capacidades pessoais, interesses e valores assim como normas culturalmente prescritas como base do desenvolvimento do padrão actividade-repouso” (Orem, 1991, p.127).

A definição e selecção das estratégias/intervenções teve em conta a necessidade de abranger o que Orem refere como limitações do autocuidado, que são: “restrições no conhecimento, restrições na avaliação e tomada de decisão, e restrições nas actividades que realizam o autocuidado” (Orem, 1991, p.170). As estratégias de intervenção têm como objectivo melhorar a adesão dos utentes e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais para aumentarem a adesão de quem cuidam (Henriques, 2011). Numa revisão sistemática de literatura, Roter (1998, cit. por Vermeire et al., 2005) refere que na avaliação da efectividade das intervenções, para melhorar a adesão dos pacientes, que a intervenção com estratégias simples mostrou poucas ou nenhuma vantagens, referindo que a combinação de múltiplas intervenções simultâneas são mais efectivas do que a aplicação de um único tipo de intervenção.

Tendo em conta as características socio-demográficas do grupo de utentes, nomeadamente o perfil biopsicosocial e o nível de escolaridade; o problema priorizado; os objectivos definidos; as metas propostas; o nível de prevenção secundária; e o conjunto de acções que Orem designou; definiram-se as seguintes estratégias/intervenções, com base na CIPE 2:

- a) Promover o autocuidado;
- b) Ensinar sobre a doença;
- c) Ensinar sobre o Regime de Tratamento;

- d) Ensinar sobre o Exercício;
- e) Ensinar como Aumentar a Tolerância à Actividade;
- f) Instruir o doente;
- g) Providenciar Material Educativo;
- h) Contratualizar a Adesão;
- i) Apoiar o Processo de Tomada de Decisão.

As estratégias/intervenções seleccionadas possibilitaram o cumprimento do objectivo geral definido para o projecto: promoção do autocuidado num grupo de idosos com DMT2 relativamente à actividade física. No sistema de enfermagem de apoio e educação “pretende-se utilizar técnicas de ajuda que incluem a combinação de suporte, guia, provisão e ensino” (Orem, 1991, p.291), sendo o único sistema onde os requisitos dos utentes estão confinados à “tomada de decisão, controlo de comportamento e aquisição de conhecimentos e estratégias” (Orem, 1991, p.291)

Foram ainda definidas as seguintes estratégias/intervenções relativamente à equipa de enfermagem:

- j) Assegurar a continuidade de cuidados;
- k) Desempenho de Papel;
- l) Facilitar a Capacidade para Desempenhar um Papel.

Foram ainda definidas duas estratégias/intervenções, de forma a que se possa avaliar os indicadores de processo definidos (adesão e satisfação com as actividades):

- m) Avaliar a adesão (adesão às actividades e adesão dos enfermeiros à sessão informativa);
- n) Avaliar a resposta ao ensino (satisfação com as actividades).

## **7. PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO/OPERACIONALIZAÇÃO**

A partir dos objectivos e das estratégias seleccionadas, várias foram as actividades que surgiram passíveis de desenvolvimento. A escolha das actividades desenvolvidas relacionou-se, por um lado, com as características temporais do projecto, com as indicações resultantes da revisão da literatura, e por outro lado, com o parecer dos profissionais de saúde da USF Cuidar Saúde.

Desta forma, foram realizadas duas actividades, tendo sido submetidas a validação por parte de informadores privilegiados, como recomenda Imperatori e Giraldes (1993), nomeadamente revisão de conteúdos, por um enfermeiro da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

Cada actividade, abaixo descrita, segue a recomendação de Tavares (1990) no que concerne à descrição das actividades: actividade, participantes, local e data, descrição, objectivos e avaliação.

### **1.ª Actividade – Sessão de Educação para a Saúde “A Diabetes e a Actividade Física”**

A primeira actividade desenvolvida consistiu na preparação e dinamização de um encontro de todo o grupo de utentes que participou na fase de diagnóstico do projecto com o seu enfermeiro de família, tendo sido considerado um momento de educação para a saúde.

Pretendeu-se com esta actividade desenvolver momentos de partilha e reflexão sobre a importância da actividade física no controlo metabólico da diabetes, permitindo assim dar cumprimento aos dois primeiros objectivos formulados: reconhecer a importância da actividade física no auto-controlo metabólico da diabetes e identificar procedimentos a ter em conta na realização de actividade física na presença de diabetes.

O plano operacional da sessão de educação para a saúde encontra-se em anexo (anexo 8).

O local da sessão de educação para a saúde escolhido foi a sala de formação do Centro de Saúde do Seixal, edifício onde se encontra a USF Cuidar Saúde.

A sessão decorreu no dia 20 de Janeiro de 2012, às 9 horas e 30 minutos, tendo terminado às 11 horas.

A convocatória para a actividade foi realizada por telefone ou presencialmente. Compareceram 23 utentes dos 24 que constituem o grupo de intervenção do projecto.

Deu-se início à actividade com a explicação da actividade em si e dos objectivos que se propôs atingir.

Dinamizou-se a actividade através de uma apresentação, tendo-se procurado estabelecer uma interacção entre os conteúdos abordados na apresentação e a realidade e os contributos que os utentes deram.

Por fim, deu-se espaço de debate sobre o tema, e propôs-se o preenchimento de um questionário de avaliação da actividade e de evidência de conhecimento, de forma a avaliar o cumprimento dos objectivos traçados (anexo 9).

Utilizou-se na sessão de educação para a saúde, como método auxiliar de ensino, diapositivos (anexo 10).

O objectivo desta actividade relacionou-se com a aquisição de conhecimentos relativamente ao efeito da actividade física no auto-controlo metabólico da diabetes, aumentando as competências do grupo, de forma a se atingir os dois primeiros objectivos definidos neste projecto: reconhecer a importância da actividade física no auto-controlo metabólico da diabetes e prevenir riscos associados à actividade física na diabetes.

## **2.ª Actividade – Sessão de Actividade Física “Caminhar com a Diabetes”**

A segunda actividade desenvolvida consistiu numa caminhada efectuada no passeio da marginal junto à baía do Rio Tejo, no Seixal.

Pretendeu-se com esta actividade, programar uma actividade de exercício físico em grupo, de forma a se atingir o último objectivo específico definido no projecto: perceber que a actividade física regulariza a glicemia capilar e assim auto-controla a diabetes.

O plano operacional da actividade encontra-se em anexo (anexo 11).

Foram convidados a participar todos os utentes da amostra. Foi incentivado o convite por parte destes utentes de cônjuges ou familiares que estivessem disponíveis para participar. A sua divulgação foi efectuada no terminar da primeira actividade, tendo sido informados os utentes do dia, hora e local para se dar início à actividade. Foram informados que deveriam trazer roupa e calçado confortável para a prática de actividade física, como foi

referido na apresentação. Os utentes que não participaram na primeira actividade, foram convidados para esta segunda actividade, através do telefone.

Participaram 32 utentes. Destes, 24 pertenciam à amostra. Os restantes são familiares ou cônjuges que aceitaram o convite dos seus familiares.

A actividade decorreu no dia 26 de Janeiro de 2012, das 15h às 17h.

Previamente, tinham sido contactados vários delegados de informação médica da área da diabetes, para que pudessem de alguma forma contribuir para a actividade através de algumas ofertas aos participantes. Desta forma, o laboratório Bayer<sup>®</sup>, Roche<sup>®</sup> e Abbot<sup>®</sup> colaboraram através da oferta de alguns produtos. Constitui-se portanto um kit de oferta a quem participasse na actividade, constituído por: 1 mochila, 1 garrafa de água, 1 pacote de açúcar, 1 maçã, 1 caneta, 1 t-shirt publicitária e informação escrita sobre o controlo metabólico da diabetes e a importância da realização de actividade física no controlo da diabetes.

À hora marcada, foi feita na sala de formação do Centro de Saúde do Seixal uma descrição de toda a actividade.

Foi inicialmente explicado o percurso a efectuar, foram lembrados os sinais e sintomas associados aos riscos que podem resultar da actividade física em quem tem diabetes e foi lembrado o objectivo da actividade.

De seguida, foi avaliado o nível de glicemia dos utentes que participaram e que constituem a amostra, com máquina de avaliação de glicemia e disco de tiras integrado Breeze 2<sup>®</sup>, cedido pelo laboratório Bayer<sup>®</sup>. O registo foi efectuado numa tabela que continha nome do participante, glicemia inicial e glicemia final, tendo sido calculada a média inicial e final das glicemias dos participantes (anexo 12).

Foi entregue o kit de participação e foi lembrada a necessidade de ingestão alimentar caso estivesse há mais de duas horas sem comer.

Deu-se início ao percurso, tendo este demorado cerca de 1 hora. No final do percurso, reunimo-nos novamente no Centro de Saúde do Seixal, onde foi avaliada a glicemia capilar e registado o seu valor na tabela. À medida que se ia tomando conhecimento do valor final de glicemia capilar de cada utente, ia-se observando, em grupo, a variação do valor, tendo-se constatado de que em todos os utentes da amostra, houve uma diminuição da glicemia capilar no pós-exercício, como se esperava.

Por fim, foi pedido que se avaliasse a satisfação com a actividade (anexo 13).

O objectivo da actividade foi o de se perceber que a actividade física permite regularizar a glicemia capilar e assim auto-controlar a diabetes.

Além das duas actividades realizadas com o grupo de utentes, foram desenvolvidas outras intervenções de enfermagem, nomeadamente ensinios sobre estratégias para aumentar a adesão às várias dimensões do autocuidado na diabetes. Estas intervenções foram realizadas ao longo dos 5 meses de estágio, em contexto de consulta de enfermagem de diabetes *mellitus*. A sua descrição não é feita no actual relatório, por a sua natureza de intervenção não se focar na intervenção a grupo, mais sim individual.

### **3.ª Actividade – Sessão Formativa sobre o Projecto “Cuidar em Movimento”**

Como terceira actividade, procura-se, juntos dos restantes enfermeiros da equipa e da enfermeira-chefe, dar a conhecer o Projecto “Cuidar em Movimento”: o próprio projecto e seu desenvolvimento e toda a sua estruturação, nomeadamente a sua conceptualização, tendo em conta os pressupostos teóricos de Orem e a metodologia de Planeamento em Saúde.

Esta actividade não foi realizada durante o tempo de estágio, estando programada para o mês de Maio de 2012, já em contexto profissional e não exclusivamente académico, procurando dar continuidade a este Projecto na prática profissional da equipa de enfermagem da USF Cuidar Saúde.

Esta sessão formativa tem como objectivo sensibilizar os enfermeiros para uma melhor prestação de cuidados através da formação relativamente à necessidade de conceptualizar teoricamente a prática profissional e de a estruturar de acordo com os pressupostos do Planeamento em Saúde.

As três actividades desenvolvidas procuraram dar resposta às estratégias/intervenções seleccionadas, apresentando-se a Tabela 13 com a relação entre as estratégias/intervenções e as actividades que lhe deram resposta.

Tabela 13 - Relação entre Intervenções de Enfermagem e Actividades que lhe dão cumprimento.

<b>Alvo da Intervenção</b>	<b>Intervenção de Enfermagem (CIPE 2)</b>	<b>Actividades desenvolvidas</b>
<b>Grupo de Utentes</b>	<b>Promover o Autocuidado</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física
	<b>Ensinar sobre a Doença</b>	Sessão de Educação para a Saúde
	<b>Ensinar sobre o Regime de Tratamento</b>	Sessão de Educação para a Saúde
	<b>Ensinar sobre o Exercício</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física
	<b>Ensinar como Aumentar a Tolerância à Actividade</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física
	<b>Instruir o doente</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física
	<b>Providenciar Material Educativo</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física
	<b>Contratualizar a Adesão</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física
	<b>Apoiar o Processo de Tomada de Decisão</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física
<b>Equipa de Enfermagem</b>	<b>Assegurar a continuidade de cuidados</b>	Sessão Formativa
	<b>Desempenho de Papel</b>	
	<b>Facilitar a Capacidade para Desempenhar um Papel</b>	
<b>Avaliação dos Indicadores de Processo</b>	<b>Avaliar a adesão</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física Sessão Formativa
	<b>Avaliar a Resposta ao Ensino</b>	Sessão de Educação para a Saúde Sessão de Actividade Física

## **8. QUESTÕES ÉTICAS**

De acordo com as orientações estabelecidas pela Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2000), foi garantida, ao longo do projecto, a livre participação e a confidencialidade dos idosos.

Na fase de diagnóstico de situação, foram explicados os benefícios da participação dos utentes no projecto, que a sua participação não acarreta riscos, quais os métodos que foram utilizados ao longo do projecto, a não identificação em qualquer publicitação de resultados e que a qualquer momento, o utente poderia abandonar o projecto. Não se registam conflitos de interesse por parte do mestrando.

Os questionários foram codificados e mantidos no processo clínico, fazendo parte integrante dos dados colhidos no âmbito da consulta de enfermagem.

Na fase de determinação de prioridades, o mestrando procurou que a tomada de decisão fosse baseada em critérios objectivos e fundamentados, tendo em conta os pressupostos de Dorothea Orem (Orem, 1991).

Na fase de preparação da execução, a participação dos laboratórios relacionados com a área da diabetes, no fornecimento de material da avaliação de glicemia e de material didáctico, foi isento de qualquer tipo de interesse, no âmbito da consulta de enfermagem.

Foi pedida autorização à coordenação da USF Cuidar Saúde, para que se pudesse mencionar o nome da instituição no actual projecto (anexo 14).

## 9. AVALIAÇÃO

A fase de avaliação do projecto compreende, por um lado, a avaliação das actividades e objectivos específicos, e por outro, a avaliação dos indicadores de processo definidos.

### Avaliação das Actividades/Objectivos Específicos

Em termos de avaliação da primeira actividade – sessão de educação para a saúde “A Diabetes e a Actividade Física”, e após o tratamento dos dados resultante do questionário aplicado no final da actividade, verifica-se que:

- 22 dos 23 utentes que participaram na actividade, seleccionam, entre outras, a actividade física como uma das componentes do regime terapêutico na diabetes. Portanto, cerca de 95,6% dos utentes (>70%) reconhecem a importância da actividade física no auto-controlo metabólico da diabetes.
- 17 dos 23 utentes, 73,9% (>70%), identificam correctamente pelo menos dois procedimentos a ter em conta ao realizarem actividade física.

Em resumo, verifica-se que as duas metas definidas para os respectivos objectivos específicos foram cumpridos.

Em termos de avaliação da segunda actividade – sessão de actividade física “Caminhar com a Diabetes”, o valor médio da glicemia antes da actividade foi de 172,3mg/dl. O valor médio da glicemia após a actividade foi de 148,8mg/dl. Todos os utentes que participaram (100%) evidenciaram uma redução da glicemia capilar ao realizaram actividade física. Desta forma, a meta definida para o terceiro objectivo específico foi cumprida na totalidade.

A terceira actividade – sessão formativa sobre o projecto “Cuidar em Movimento” – com os enfermeiros terá como avaliação a percentagem de adesão à sessão formativa, correspondendo a avaliação da actividade com o indicador de processo que a monitoriza.

### Avaliação dos Indicadores de Processo

Relativamente à avaliação dos indicadores de processo definidos para a avaliação do projecto, as actividades desenvolvidas, em termos de participação, contaram com a presença de 23 utentes na primeira actividade e de 24 utentes na segunda. Aplicando a

fórmula de contabilização do indicador, definido na fase de fixação de objectivos, temos uma percentagem de participação da amostra nas actividades de 97,92%.

Relativamente à percentagem de satisfação da amostra com as actividades desenvolvidas, e resultante do tratamento de dados provenientes dos questionários aplicados no final das duas actividades com os utentes, 27 utentes consideraram-se como “Muito Satisfeitos” com as actividades, e 20 utentes consideraram-se “Satisfeitos” com as actividades. Desta forma, a percentagem de satisfação da amostra com as actividades desenvolvidas, de acordo com a métrica definida para o indicador, é de 100%.

Relativamente ao terceiro indicador de processo definido, a participação dos enfermeiros em sessão formativa sobre o projecto, será fruto de avaliação no dia em que for realizada a actividade.

As percentagens que cada indicador teve, resultante da execução do projecto, traduzem uma satisfação e adesão com as actividades muito satisfatórias. Os resultados já avaliados evidenciam que existiu uma oportunidade para que a intervenção de enfermagem e a agência de enfermagem de autocuidado permitissem a promoção do auto-cuidado neste grupo de utentes, no que concerne à actividade física.

## **CONCLUSÕES**

No capítulo das conclusões, torna-se relevante reflectir sobre vários aspectos que ao longo do projecto foram surgindo. Esses aspectos estão relacionados com as limitações do projecto, com as implicações e recomendações para a prática, sobre a reflexão sobre o desenvolvimento de competências na área da especialidade em saúde comunitária e com considerações finais.

## 10. LIMITAÇÕES DO PROJECTO

Ao longo do projecto, existiram várias limitações na sua concretização.

Relativamente à fase de diagnóstico de situação foram detectadas várias limitações. A selecção do instrumento que mensurou a adesão ao regime terapêutico limita a avaliação das necessidades de saúde, uma vez que, por um lado, o instrumento escolhido é de auto-resposta, baseando-se numa avaliação subjectiva e sem a suficiente clareza dos conceitos relacionados, e por outro lado, por não existir, um instrumento ideal para avaliar a adesão ao regime terapêutico (Vermeire et al., 2005). Outra limitação prende-se com a administração indirecta do questionário, realizada pelo enfermeiro de família, uma vez que pode provocar a tendência dos utentes responderem de acordo com os conhecimentos que têm e aquilo que é trabalhado em contexto de consulta, e não de acordo com as práticas que realizam, procurando agradar e corresponder ao enfermeiro. Tendo-se detectado, no actual projecto, um défice de autocuidado, não se conseguiu, no entanto, identificar a origem do défice de autocuidado, ou seja, não se identificaram quais as habilidades na agência de autocuidado e as necessidades terapêuticas de autocuidado que os utentes possuem. Há um padrão de exercício físico comprometido, mas quais as causas que o provocam? Será falta de conhecimento? Será falta de capacidade física? Será desmotivação ou recusa? Quais são, portanto, as limitações existentes no autocuidado? Procurou-se diluir esta limitação através da selecção de intervenções e actividades que Orem aponta para reduzir o défice de autocuidado relacionado com este requisito universal de autocuidado, sabendo que as principais limitações estão relacionadas com o conhecimento e a tomada de decisão (Orem, 1991).

Na fase de determinação de prioridades, a escolha do método para as determinar e a avaliação realizada tendo em conta o método, acaba por subjectivar a determinação das prioridades. Procurou-se aplicar o método seleccionado tendo em conta o número de utentes que possuem défice de autocuidado nos diagnósticos definidos e através dos pressupostos teóricos de Orem, sobre o tempo necessário de intervenção para que se verifique aquisição de habilidades na agência de autocuidado em cada tipo de requisito de autocuidado onde cada diagnóstico se insere. Surge também a reflexão sobre a necessidade de abordar o diagnóstico que não foi seleccionado na fase de prioridades. No actual projecto, o défice de conhecimento sobre o regime medicamentoso, acabou por ser um diagnóstico identificado como área em que há défice de autocuidado, mas em que não

se interveio. No contexto da adesão ao regime terapêutico no grupo de idosos com DMT2, a correcta gestão do regime medicamentoso é essencial à prevenção de complicações resultantes da diabetes (Henriques, 2011). Esta área, através da constituição de um projecto próprio, constitui uma área a desenvolver na prática profissional imediata.

Na fase de preparação da execução, a escolha das actividades desenvolvidas teve como critérios as características temporais do projecto e o parecer dos profissionais de saúde. Se o espaço de tempo entre o início das intervenções e a avaliação fosse maior, teria sido possível desenvolver outro tipo de actividades e reforçado, em frequência, as actividades desenvolvidas. Na área do uso de conhecimentos e de aprendizagem, a repetição de actividades é benéfica na integração de nova informação, de forma a alterar as habilidades para gerir a agência de autocuidado (Orem, 1991).

## **11. IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A realização deste projecto destinado ao grupo de idosos com DMT2 não controlada permitiu a identificação do défice relativamente às dimensões do autocuidado relacionado com a diabetes deste grupo de utentes que frequentam a consulta de enfermagem de diabetes da USF Cuidar Saúde. Este facto permite valorizar a importância da gestão do regime terapêutico na diabetes, acreditando-se que o projecto possa sensibilizar a equipa para a monitorização contínua dos défices existentes nas várias dimensões do autocuidado relacionado com a diabetes.

Por outro lado, a identificação das necessidades de saúde e a caracterização do grupo de utentes permitiu perceber que é possível uma adequação mais rigorosa das estratégias a desenvolver no âmbito da consulta de enfermagem, priorizando a nossa intervenção enquanto profissionais de saúde, perante determinados défices de autocuidado.

De outra forma, a determinação dos resultados, na fase de diagnóstico, provocou também, ao nível dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a manifesta vontade e curiosidade, de aprofundar, o conhecimento acerca dos seus utentes e das áreas da gestão do regime terapêutico que se encontrem em défice, e o seu grau, para assim realizarem a adequação das suas práticas profissionais nesta área.

Por outro lado, a operacionalização das actividades contribuiu para o desenvolvimento da Educação Terapêutica em grupo, área ainda não desenvolvida na USF, mas que se encontrava definida e proposta no Plano de Acção 2011-2014. Acredita-se que o projecto tenha criado motivação para a manutenção destes tipos de actividades, não só na área da diabetes, como noutras.

Por fim, o enquadramento de todo o projecto tendo em conta os pressupostos de Dorothea Orem permitiu ao mestrando perceber a importância que tem uma orientação teórica que fundamente todo o processo de enfermagem, o que cria motivação para, junto da restante equipa de enfermagem, proceder-se a uma cada vez maior reflexão da prática de enfermagem baseada nos pressupostos teóricos que sustentam a nossa profissão.

## **12. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

O actual projecto, sendo o culminar de todo o percurso académico, contribuiu para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

O desenvolvimento de competências surge principalmente devido à utilização da metodologia de Planeamento em Saúde. Através desta, e do enquadramento teórico de Dorothea Orem sobre o fenómeno da enfermagem, considera-se ter existido uma satisfatória aquisição de competências relacionadas com a especialização em enfermagem comunitária.

Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista, e no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a realização do projecto contribuiu para a tomada de consciência relativamente à tomada de decisão, ao exercício profissional seguro e à aquisição de um corpo de conhecimento responsável. Conceber, planejar, desenvolver e avaliar um projecto provoca esta noção de responsabilidade e de preocupação nas questões éticas. Relativamente ao domínio da melhoria de qualidade, a realização do projecto, permitiu uma análise do contexto comunitário, a definição de metas para a melhoria da qualidade, o desenvolvimento do planeamento estratégico, e a integração da metodologia utilizada na prática profissional quotidiana. A componente investigativa contribuiu para a aquisição de competências sobre a produção de saber e sobre a adequação das melhores estratégias e intervenções de forma a corresponder às necessidades de saúde encontradas. Estes aspectos contribuem definitivamente para a melhoria da qualidade clínica e da saúde deste grupo específico pertencente à comunidade. No domínio da gestão dos cuidados, a aquisição de competências ao nível da metodologia de Planeamento em Saúde e no enquadramento teórico dos pressupostos de enfermagem, permite orientar objectivamente as actividades a realizar, criar um guia orientador no processo de avaliação da gestão do regime terapêutico, permitindo melhorar a informação para o processo do cuidar. Por fim, ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a formalização de todo o projecto, contribuiu de forma significativa para a identificação do auto-conhecimento do mestrando, reconhecendo onde é que este auto-conhecimento interfere nas actividades de enfermagem diárias. Todo o projecto contribuiu para transformar o auto-conhecimento

que o mestrando detém na área da gestão do regime terapêutico e a respectiva intervenção de enfermagem. A aquisição de conhecimentos que o projecto desencadeou permitiu a tomada de decisão e o desenvolvimento de intervenções que facilitam os processos de aprendizagem e a manifesta vontade de intervir na área da investigação em enfermagem.

Relativamente à aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, estas permitem “(...) participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades (...)” (Portugal, 2011, p.8667).

A constituição do projecto com base na metodologia do Planeamento em Saúde permitiu a aquisição de competências na avaliação do estado de saúde do grupo em questão.

Relativamente à fase de diagnóstico, o projecto permitiu o reconhecimento de que as determinantes da saúde influenciam o diagnóstico comunitário, as variáveis que influenciam as determinantes, a identificação de indicadores e a comunicação institucional sobre o perfil de saúde do grupo de utentes.

Relativamente ao estabelecimento de prioridades, procurou-se utilizar critérios objectivos na sua definição, construir objectivos e definir estratégias que vão de encontro ao perfil de saúde encontrado.

Na definição de objectivos e estratégias, houve a preocupação de mensurar os objectivos de forma a medir as mudanças desejáveis, concebendo-se estratégias de intervenção exequíveis e congruentes com os objectivos definidos.

Na definição do projecto de intervenção, as intervenções seleccionadas procuraram corresponder aos recursos disponíveis e estratégias em termos de políticas de saúde. No entanto, não houve a necessária promoção do trabalho em rede/parceira como era desejável e fundamental.

Relativamente à avaliação, foi monitorizada a eficácia de processo do projecto. No entanto, devido à incapacidade de avaliação do projecto em termos de resultado, não foi possível reflectir sobre a reformulação de objectivos, estratégias e projecto com base na suposta variação atingida. Não sendo possível a sua execução, não é possível também actualizar o perfil de saúde do grupo.

No entanto, todo este processo permite capacitar o grupo de utentes para a redução do défice de autocuidado relacionado com a actividade física na gestão do regime terapêutico na diabetes. Este facto provoca a aquisição, por parte do enfermeiro, de competências específicas na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública,

A aquisição das competências descritas permite que a reflexão sobre a prática profissional seja realizada numa verdadeira vertente comunitária, procurando-se prestar cuidados aos indivíduos, famílias e grupos.

Pelos resultados e implicações descritas para a prática, espera-se que o projecto tenha contribuído para práticas profissionais baseadas na evidência científica.

### **13. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A gestão do regime terapêutico na diabetes, e a sua necessária adesão, torna-se fundamental, para que a pessoa portadora de diabetes possa controlar a doença, e assim prevenir complicações mantendo a qualidade de vida.

No entanto, existindo dimensões do autocuidado em que a adesão não é completa, os idosos apresentam necessidades em saúde, provocadas pela diabetes, que mantêm défice no seu autocuidado.

A enfermagem constitui um sistema de apoio na identificação de capacidades, necessidades terapêuticas e na aquisição de habilidades para reduzir o défice de autocuidado.

A metodologia de Planeamento em Saúde permitiu estruturar e gerir os recursos disponíveis e as estratégias a desenvolver, tornando-se um instrumento fundamental no desempenho das funções do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública.

A Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem permitiu enquadrar e reflectir sobre a realidade da enfermagem avançada, que a metodologia de Planeamento em Saúde evidenciou, constituindo um modelo de prática adequado à intervenção comunitária.

Todo o percurso realizado propiciou momentos de grande aprendizagem, crescimento e de reflexão extremamente importantes no desempenho da prática profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADA (2011). *American Diabetes Association: complete guide to diabetes*. Virginia: American Diabetes Association.

ADA (2012). Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. *Diabetes Care*, 35 (supplement 1), pp.S11-S63. Retrieved Mar 25, 2012, from: [http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement\\_1/S11.full.pdf+html](http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full.pdf+html).

Associação Médica Mundial (2000). *Declaração de Helsínquia*. Edimburgo: Associação Médica Mundial. Retrieved Apr 25, 2012, from: [http://www.cefetes.br/pse/prppg/cep/legislacao/SITE-WMA\\_DECLARACAO\\_HELSENKI\\_VI\\_2000.pdf](http://www.cefetes.br/pse/prppg/cep/legislacao/SITE-WMA_DECLARACAO_HELSENKI_VI_2000.pdf).

Bastos, F; Severo, M; Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, pp.11-20. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf>.

Benner, P. (2001). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Nova Jersey: Prentice Hall.

Botelho, M. (2008). Critérios de monitorização biopsicossocial nas UCC. Método de avaliação biopsicossocial: MAB. *Sinapse*, 8(1), pp.79-81. Retrieved Mar 26, 2012, from: [www.spneurologia.com/index.php?option=com\\_docman](http://www.spneurologia.com/index.php?option=com_docman).

CIPE<sup>®</sup> Versão 2 (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Delahanty, L; Grant, R; Wittenberg, E; Bosch, J; Wexler, D; Cagliero, E; Meigs, J. (2007). Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 24, pp.48-54. Retrieved from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=112&sid=b3d55de0-3aef-42cf-801f-ff334ab96af2%40sessionmgr112>.

Dusheiko, M; Doran, T; Gravelle, H; Fullwood, C; Roland, M. (2011). Does higher quality of diabetes management on family practice reduce unplanned hospital admissions?. *Health Research and Educational Trust*, 46(1p1), pp.27-46. Retrieved from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&hid=123&sid=ba42fea4-2875-48b5-9092-5d296fddee24%40sessionmgr15>.

Fletcher, K. (2011). Saúde do Idoso. In M. Stanhope, & J. Lancaster (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (pp. 697-716). Loures: Lusodidacta.

Fravel, M.; McDanel, D.; Ross, M.; Moores, K.; Starry, M. (2011). Special considerations for treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 68(6), pp.500-509. Retrieved Apr 24, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=107&sid=ca632453-52e4-43ec-9298-8398f73b5c4f%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010992106>.

Gibson, T; Song, X; Alemayehu, B; Wang, S; Waddell, J; Bouchard, J; Forma, F. (2010). Cost sharing adherence, and health outcomes in patients with diabetes. *The American Journal of Managed Care*, 16(8), pp.589-600. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&hid=123&sid=ba42fea4-2875-48b5-9092-5d296fddee24%40sessionmgr15>.

Henriques, M. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>.

Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime terapêutico em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem*. Retrieved Mar 25, 2012, from: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959\\_td\\_MAdriana\\_Henriques.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf).

Hicks, D (2010). Self-management skills for people with type 2 diabetes. *Nursing standard*, 25 (6), pp.48-56. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=123&sid=ba42fea4-2875-48b5-9092-5d296fddee24%40sessionmgr15>.

ICN (2006). *Definition of Nursing*. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>.

IDF (2003). *Diabetes action now: na initiative of the World Health Organisations and the International Diabetes Federation*. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://www.who.int/diabetes/actionnow/en/DANbooklet.pdf>.

Imperatori, E; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INE. Conselho Superior de Estatística. (2004). *Utilisation of the ISCED-97 within the scope of the national statistical system for the purpose of replying to international questionnaires*. Lisboa: INE.

INE (2012). *Estatísticas demográficas – 2010*. Retrieved Mar 25, 2012, from: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=136077007&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=136077007&PUBLICACOESmodo=2).

JNC 7 Report. (2003). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment oh High Blood Pressure – Complete Report*. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>.

Keogh, K; White, P; Hevey, D; McGilloway, S; Smith S. (2009). Family based interventions to improve outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art no. CD006382, pp.1-21. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&hid=123&sid=ba42fea4-2875-48b5-9092-5d296fddee24%40sessionmgr15>.

Noknov, S; Chapman, P; Anothaisintawee, T. (2009). Theory-based behavioural interventions for prediabetic state and people with diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art no. CD008082, pp.1-15. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=7&sid=b3d55de0-3aef-42cf-801f-ff334ab96af2%40sessionmgr112>.

Orem, D. (1991). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby – Year Book.

Portugal. Assembleia da República. (2011a). *Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011. Lisboa: Assembleia da República.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde. (2011b). *Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://www.dgs.pt/>.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde. (2011c). *Insulinoterapia na diabetes mellitus tipo 2*. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=21230>.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde. (2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Rendes, C; Valk, G; Griffin, S; Wagner, E; van Eijk, J; Assendelft, W. (2008). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art no. CD001481, pp.1-140. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&hid=123&sid=ba42fea4-2875-48b5-9092-5d296fddee24%40sessionmgr15>.

Shilubane, H; Potgieter, E. (2007). Patients' and family members' knowledge and views regarding diabetes mellitus and its treatment. *Curationis*, 30(2), pp.58-65. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&hid=123&sid=ba42fea4-2875-48b5-9092-5d296fddee24%40sessionmgr15>.

SPD (2012). *Diabetes: factos e números 2011 – relatório anual do observatório nacional da diabetes*. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=21790>.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade, centrados na população*. Loures: Lusociência.

Strayer, D; Caple, C; Pravikoff, D. (2011). Diabetes Mellitus, Type 2: Treatment Adherence. *Cinahl Information Systems*. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=7&sid=b3d55de0-3aef-42cf-801f-ff334ab96af2%40sessionmgr112>.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (s.d.). *Crítérios de monitorização biopsicossocial na RNCCI – Avaliação Biopsicossocial através do Instrumento de Avaliação Integral*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Retrieved Apr 24, 2012, from: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAI\\_UMCCI.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAI_UMCCI.pdf).

USF Cuidar Saúde (2011). *Manual de Procedimentos*. Seixal: USF Cuidar Saúde.

USF Cuidar Saúde (2008). *Regulamento Interno*. Seixal: USF Cuidar Saúde.

USF Cuidar Saúde (2012). *Relatório de Actividades – 2011*. Seixal: USF Cuidar Saúde.

Vermeire, E; Wens, J; Van Roywen, P; Biot Y; Hearnshaw, H; Lindenmeyer, A. (2005). Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art no. CD003638, pp.1-49. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=16&hid=123&sid=ba42fea4-2875-48b5-9092-5d296fddee24%40sessionmgr15&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=15846672>.

WHO (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*. Retrieved Mar 25, 2012, from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who\\_ncd\\_ncs\\_99.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_ncd_ncs_99.2.pdf).

WHO (2002). *Active ageing: a policy Framework*. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://www.euro.who.int/WHO/NMH/NPH/02.8>.

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Retrieved Mar 25, 2012, from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

WHO (2003). *International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2)*. Retrieved Mar 26, 2012, from: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html>.

WHO (2012). *Guidelines for ATC classification and DDD assignment*. Retrieved Mar 26, 2012, from: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_publications/guidelines/](http://www.whocc.no/atc_ddd_publications/guidelines/).

## **ANEXOS**



## **Anexo 1 – Cronograma do projecto**







**Anexo 2 – Autorização de Bastos et al. (2007) para a utilização da  
EAAD**



**De:** Fernanda Bastos

**Data:** 28-09-2011 11:16:14

**Para:** 'Pedro Daniel'

**Assunto:** RE: Autorização para utilização da Escala de auto-cuidado com a Diabetes

Olá bom dia,

Envio em anexo autorização para utilização da escala, disponibilizando-me para qualquer pedido de esclarecimento e pedindo que depois me informem dos resultados e eventual publicação.

Aproveito para solicitar que transmita os meus cumprimentos à Professora Adriana

Ao dispor

Fernanda Bastos

**De:** Pedro Daniel [mailto:maildopedro@iol.pt]

**Enviada:** terça-feira, 27 de Setembro de 2011 22:52

**Para:** fernandabastos@esenf.pt

**Cc:** Prof. Adriana Henriques

**Assunto:** Autorização para utilização da Escala de auto-cuidado com a Diabetes

**Importância:** Alta

Ex.ma Senhora Professora Doutora Fernanda Bastos,

No âmbito do desenvolvimento de metodologia de projecto para a realização da tese com o tema "A capacitação do cuidador familiar na gestão do regime terapêutico num grupo de idosos com diabetes mellitus tipo 2 - intervenções de enfermagem", com o fim de completar o II Curso de Mestrado em Enfermagem na Area de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho, por este meio, solicitar a autorização para a aplicação da Escala de Auto-Cuidado com a Diabetes, da sua co-autoria.

O meu nome é Pedro Ricardo Sequeira Daniel.

A tese pretende confirmar a hipótese de que, através da identificação dos factores de adesão ou de não-adesão ao regime terapêutico na diabetes, a intervenção educacional do enfermeiro, junto dos familiares cuidadores do utente idoso com diabetes, tendo em conta os factores identificados, provoca aumento do score de adesão ao regime terapêutico.

A orientação da tese está a cargo da Professora Doutora Adriana Henriques, que sugeriu a Escala de Auto-Cuidado com a Diabetes como instrumento fiável para o que se pretende medir.

Agradeço por favor a sua autorização para a utilização.

Aguardando resposta, com cordiais cumprimentos.

**Pedro Daniel**

Exmo. Sr. Enfermeiro Pedro Ricardo Sequeira Daniel  
II Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Assunto: Autorização para utilização das Escalas de autocuidado com a diabetes (SDSCA)) nas sua versão traduzida e adaptada para português de Portugal.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio conceder autorização ao estudante de Mestrado Pedro Ricardo Sequeira Daniel orientado pela Professora Doutora Adriana Henriques, no âmbito II Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para a utilização da versão da escala acima referenciada, traduzida para Português e adaptada culturalmente, para a tese com o tema "A capacitação do cuidador familiar na gestão do regime terapêutico num grupo de idosos com diabetes *mellitus* tipo 2 - intervenções de enfermagem", disponibilizando-me para qualquer esclarecimento adicional ou eventual colaboração. Gostaria que me informassem da evolução do projecto e dos resultados que obtenham. Relembro que a escala de actividades de autocuidado com a diabetes se encontra publicada na Acta Médica Portuguesa.

Ao dispor,

Porto, 28 Setembro de 2011

Fernanda Santos Bastos  
Professora Adjunta  
Escola Superior Enfermagem do Porto  
UNIESEP



## **Anexo 3 – Questionário**



**Anexo 4 – Declaração de consentimento informado  
de participação no projecto**



## **Anexo 5 - Descrição da Avaliação Multidimensional através do Método de Avaliação Biopsicossocial**



**Avaliação Multidimensional através do Método de Avaliação Biopsicossocial (Botelho, 2008)**

<b>Dimensão do MAB</b>	<b>Categoria</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	<b>Moda</b>	
<b>Sexo</b>	0 – Feminino	9	37,5	1	<b>Masculino</b>
	1 – Masculino	15	62,5		
<b>Idade</b>	0 – 80 ou mais anos	4	16,7	1	<b>65 a 79 anos</b>
	1 – 65 a 79 anos	20	83,3		
<b>Queixas de saúde</b>	0 – Com queixas	23	95,8	0	<b>Com queixas</b>
	3 – Sem queixas	1	4,2		
<b>Estado de nutrição</b>	0 – Magro ou obeso	11	45,8	0	<b>Magro ou obeso</b>
	1 – Baixo peso ou excesso de peso	8	33,3		
	3 – Adequado	5	20,8		
<b>Quedas</b>	0 – Mau	0	0,0	3	<b>Bom</b>
	1 – Insatisfatório	6	25,0		
	2 – Satisfatório	0	0,0		
	3 – Bom	18	75,0		
<b>Locomoção</b>	0 – Incapaz	0	0,0	3	<b>Independente</b>
	1 – Dependente	0	0,0		
	2 – Autônomo	0	0,0		
	3 – Independente	24	100		
<b>Autonomia Física</b>	0 – Incapaz	0	0,0	3	<b>Independente</b>
	1 – Dependente	0	0,0		
	2 – Autônomo	0	0,0		
	3 – Independente	24	0,0		
<b>Autonomia Instrumental</b>	0 – Incapaz	0	0,0	2	<b>Autônomo</b>
	1 – Dependente	0	0,0		
	2 – Autônomo	22	91,7		
	3 – Independente	2	8,3		
<b>Queixas Emocionais</b>	0 – Mau	1	4,2	2	<b>Satisfatório</b>
	1 – Insatisfatório	8	33,3		
	2 – Satisfatório	11	45,8		
	3 – Bom	4	16,7		
<b>Estado Cognitivo</b>	0 – Mau	0	0,0	3	<b>Bom</b>
	1 – Insatisfatório	1	4,2		

	2 – Satisfatório	10	41,7		
	3 – Bom	13	54,2		
<b>Estado Social</b>	0 – Mau	3	12,5	1	<b>Insatisfatório</b>
	1 – Insatisfatório	10	41,7		
	2 – Satisfatório	9	37,5		
	3 – Bom	2	8,3		
<b>Hábitos</b>	0 – Mau	0	0,0	3	<b>Bom</b>
	1 – Insatisfatório	8	33,3		
	2 – Satisfatório	4	16,7		
	3 – Bom	12	50,0		

**Anexo 6 – Score dos Domínios da Escala de Actividade de Autocuidado com a Diabetes**



Variáveis da Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes	Média (dias da semana)	Dimensões da escala	Score (dias da semana)
Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	5,96	<b>Alimentação geral</b>	<b>6,1667</b>
Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	5,92		
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	6,63		
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	5,33	<b>Alimentação específica</b>	<b>5,3274</b>
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	2,50		
Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	6,38		
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais do que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	5,54		
Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	6,38		
Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pastéis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	5,50		
Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	5,67		
Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	3,83	<b>Actividade física</b>	<b>3,5833</b>
Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	3,33		
Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	3,79	<b>Monitorização da glicemia</b>	<b>3,8750</b>
Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	3,96		
Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	5,17	<b>Cuidados com os pés</b>	<b>5,2222</b>
Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	5,25		
Em quantos dos últimos SETE DUAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	5,25		
Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,53	<b>Medicamentos</b>	<b>6,8433</b>
ou (se insulina e comprimidos)			
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	7,00		
Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	7,00		



**Anexo 7 – Avaliação das variáveis que constituem a dimensão  
“Conhecimento do fármaco”**



### Conhecimentos sobre o regime medicamentoso

Variável relativa ao fármaco	Categoria	Frequência (N)	Percentagem (%)	Moda
Prescritor	Não	3	2,2	Sim
	Sim	134	97,8	
Apresentação farmacêutica	Não	14	10,2	Sim
	Sim	123	89,8	
Dose que toma	Não	97	70,8	Não
	Sim	40	29,2	
Frequência da toma	Não	23	16,8	Sim
	Sim	114	83,2	
Momento da toma	Não	27	19,7	Sim
	Sim	110	80,3	
Indicação terapêutica	Não	16	11,7	Sim
	Sim	121	88,3	
Efeito terapêutico	Não	5	3,6	Sim
	Sim	132	96,4	
Tempo de toma	Não	3	2,2	Sim
	Sim	134	97,8	
Duração da toma	Não	0	0,0	Sim
	Sim	137	100,0	
Dificuldades na toma	Não	1	0,7	Sim
	Sim	136	99,3	
Efeitos secundários	Não	1	0,7	Sim
	Sim	136	99,3	



## **Anexo 8 – Plano operacional da actividade “A Diabetes e a Actividade Física”**



Actividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objectivos	Avaliação
<b>1.ª Actividade</b>  <b>Sessão de Educação para a Saúde “A Diabetes e a Actividade Física”</b>	<b>Humanos:</b> Utentes Enfermeiro  <b>Materiais:</b> Sala de formação Computador Projector Questionário Canetas	20 de Janeiro de 2012	Sala de formação do Centro de Saúde do Seixal	Apresentação da sessão de educação para a saúde.	Reconhecer a importância da actividade física no auto-controlo metabólica da diabetes.	Que 70% dos utentes que participaram na actividade identifiquem a actividade física como uma das componentes do regime terapêutico na diabetes.
				Dinamização da apresentação sobre a importância da actividade física no controlo da diabetes.  Debate sobre o tema/Dúvidas  Preenchimento de questionário sobre satisfação com a actividade e sobre aquisição de conhecimentos.	Identificar os procedimentos a ter em conta ao realizar actividade física na presença de diabetes.	Que 70% dos utentes que participaram na actividade identifiquem pelo menos dois procedimentos que devem ter em conta ao realizarem actividade física.



**Anexo 9 – Questionário de avaliação da actividade “A Diabetes e a  
Actividade Física”**



## Avaliação da Actividade “A Diabetes e a Actividade Física” – 20/01/ 2012

1. Quais são as áreas que interferem no controlo da diabetes? (Seleccionar as que considerar válidas):

- Não faltar às consultas
- Fazer uma alimentação correcta
- Evitar outras doenças
- Realizar actividade física diária
- Ter tempo para controlar as glicemias
- Tomar correctamente a medicação

2. Identifique dois procedimentos a ter em conta antes, durante ou após realizar actividade física quando se tem diabetes?

- a. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Na generalidade, como avalia a actividade em que participou?

- Muito Insatisfeito
- Insatisfeito
- Satisfeito
- Muito Satisfeito

Obrigado pela sua participação

Pedro Daniel



**Anexo 10 – Diapositivos apresentados na actividade “A Diabetes e a  
Actividade Física”**



**Anexo 11 – Plano operacional da actividade “Caminhar com a  
Diabetes”**



Actividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objectivo	Avaliação
<p><b>2.<sup>a</sup> Actividade e Sessão de Actividade Física “Caminhar com a Diabetes”</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Utentes Enfermeiro</p> <p><b>Materiais:</b> Sala de formação Kit de oferta Máquina de avaliação de glicemia Breeze 2 Discos de tiras integradas Breeze 2 Picadores Algodão Questionário Canetas Tabela de registo</p>	26 de Janeiro de 2012	Sala de formação do Centro de Saúde do Seixal e Marginal na Baía do	<p>Descrição da actividade.</p> <p>Explicação do percurso, sinais e sintomas a ter em conta durante a actividade física, objectivo da actividade.</p> <p>Avaliação da glicemia antes da actividade e seu registo.</p> <p>Entrega do kit de oferta.</p> <p>Relembração da necessidade de ingestão alimentar, caso tenha comido há mais de 2 horas.</p> <p>Percurso de 1 hora de actividade física.</p> <p>Regresso ao Centro de Saúde.</p> <p>Avaliação de glicemia capilar e seu registo.</p> <p>Discussão em grupo da comparação dos valores iniciais e finais de cada utente.</p> <p>Avaliação da satisfação com a actividade.</p>	Perceber que a actividade física permite regularizar a glicemia capilar e assim auto-controlar a diabetes.	Que 70% dos utentes idosos com diabetes evidenciem uma redução da glicemia capilar ao realizarem actividade física.



## **Anexo 12 – Tabela de Registo de Glicemia Capilar**



<b>Número de Participante</b>	<b>Glicemia antes da actividade</b>	<b>Glicemia após a actividade</b>
<b>1</b>	209	173
<b>2</b>	135	114
<b>3</b>	154	123
<b>4</b>	156	124
<b>5</b>	191	171
<b>6</b>	168	160
<b>7</b>	168	138
<b>8</b>	198	176
<b>9</b>	154	125
<b>10</b>	142	122
<b>11</b>	162	151
<b>12</b>	180	140
<b>13</b>	149	131
<b>14</b>	190	161
<b>15</b>	176	149
<b>16</b>	176	151
<b>17</b>	183	162
<b>18</b>	168	152
<b>19</b>	189	166
<b>20</b>	173	158
<b>21</b>	169	154
<b>22</b>	190	173
<b>23</b>	183	157
<b>24</b>	173	142
<b>Média</b>	<b>172,3</b>	<b>148,8</b>



**Anexo 13 – Questionário de avaliação formativa da actividade  
“Caminhar com a Diabetes”**



## **Avaliação da Actividade “Caminhar com a Diabetes” – 26/01/ 2012**

1. Na generalidade, como avalia a actividade em que participou?

Muito Insatisfeito

Insatisfeito

Satisfeito

Muito Satisfeito

Obrigado pela sua participação

Pedro Daniel



**Anexo 14 – Autorização da USF Cuidar Saúde para menção do nome da instituição no actual projecto**



Dr.<sup>a</sup> Rosa Rúbio

Coordenadora da USF Cuidar Saúde

Agrupamento dos Centros de Saúde da Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra

Enf. Pedro Daniel

Mestrando em Enfermagem Comunitária

Tendo me sido pedida, pelo senhor enfermeiro Pedro Daniel, informação escrita, de forma a autorizar a menção e identificação da Unidade de Saúde Familiar que coordeno, no seu relatório de final de estágio realizado nesta unidade, autorizo que a unidade possa ser identificada no referido relatório, desde que seja respeitado o anonimato dos intervenientes, tanto profissionais como utentes que colaboraram no respectivo estudo.

Seixal, 21 de Março de 2012

A Coordenadora da USF Cuidar Saúde  
**USF Cuidar Saúde**  
**Centro de Saúde do Seixal**  
Rua do Município - Bairro Novo  
2840 - 481 Seixal  
Tel. 212 277 191 / Fax. 212 277 192  
E-mail: [adminscuidar@csseixal.min-saude.pt](mailto:adminscuidar@csseixal.min-saude.pt)

**QUESTIONÁRIO INICIAL****Caracterização e Comportamento do Utente com mais de 65 anos  
com Diabetes *mellitus* tipo 2**

Nota: os itens que se encontram a sombreado são preenchidos com os dados retirados do processo clínico.

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

N.º Processo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

<b>Parte 1 – Caracterização Sócio-Demográfica e Antecedentes Pessoais</b>	<b>Codificação</b>
1. Idade:  __ __	1 __ __
2. Sexo: Masculino  __  (1) Feminino  __  (2)	2 __
3. Escolaridade: 3.1 Nível de Escolaridade (ISCED): Nível 0 – Não frequência escolar  __  (1) Nível 1 – 1.º e 2.º ciclo ensino básico  __  (2) Nível 2 – 3.º ciclo ensino básico (até ao 9.º ano)  __  (3) Nível 3 – ensino secundário (até ao 12.º ano)  __  (4) Nível 5 – ensino superior (bach, lic, DESE, pós-lic, mest)  __  (5) Nível 6 – doutoramento  __  (6) 3.2 Sabe ler? Sim  __  (1) Não  __  (2) 3.3 Sabe escrever? Sim  __  (1) Não  __  (2)	3.1 __  3.2 __  3.3 __
4. Qual a sua situação profissional? Activo(a)  __  (1) Desempregado(a)  __  (2) Reformado(a)  __  (3)	4 __
5. Qual é o seu estado civil? Solteiro(a)  __  (1) Casado(a)  __  (2) União de Facto  __  (3) Viúvo(a)  __  (4) Divorciado(a)  __  (5) Separado(a)  __  (6)	5 __
6. Vive só? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não respondo  __  (9)	6 __
7. Local habitual de residência: Concelho do Seixal Freguesia da Aldeia de Paio Pires  __  (1) Freguesia da Amora  __  (2) Freguesia da Arrentela  __  (3)	

Freguesia de Corroios  __  (4) Freguesia de Fernão Ferro  __  (5) Freguesia do Seixal  __  (6) Concelho de Sesimbra  __  (7) Outro concelho  __  (8)	7 __
8. Como se desloca <u>habitualmente</u> ao Centro de Saúde? Carro próprio  __  (1) Carro de familiar  __  (2) Autocarro  __  (3) Bicicleta  __  (4) Mota  __  (5) A pé  __  (6) Outro  __  (7)	8 __

**Parte 2 – Aplicação do Instrumento de Avaliação Integrado**

<b>Parte 3 – Questionário sobre a Diabetes</b>	<b>Codificação</b>
9. Há quanto tempo sabe que é diabético(a)?  __ __  Anos/Mês (Riscar o que não interessa)	9 __ __ , __ __  anos
10. Que tipo de tratamento faz actualmente? Dieta  __  (1) Exercício físico regular (Mais de 30m diários ou 1h 3x/semana)  __  (2) Antidiabéticos orais  __  (3) Insulina  __  (4) Outro (5). Qual? _____ Nenhum  __  (6)	10 __
11. Avalia o açúcar no sangue por picada no dedo? Sim  __  (1) Não  __  (2) 11.1 Se sim, onde o costuma fazer (considere o local de avaliação mais frequente)? Casa própria:  __  (1) Casa de familiar:  __  (2) Centro de saúde:  __  (3) Farmácia:  __  (4) Associação de reformados:  __  (5) Outro local:  __  (6) Qual(ais)? _____	11 __           11.1 __
12. Tem sintomas de: Poliúria (urina muito frequentemente):  __  (1) Polidipsia (muita sede):  __  (2) Polifagia (sensação de fome constante):  __  (3) Fadiga:  __  (4) Emagrecimento rápido:  __  (5) Prurido:  __  (6) Visão turva:  __  (7)	17 __ / __ / __ / __

<p>13. Em 2011, há registo no processo clínico de algum dos seguintes episódios:</p> <p>Hipoglicemia (nível de açúcar abaixo dos 50mg/dl):  __  (1)</p> <p>Cetoacidose diabética:  __  (2)</p> <p>Síndrome hiperglicémico hiperosmolar:  __  (3)</p> <p>Lactocidose:  __  (4)</p>	<p>13 __ / __ / __ </p>
<p>14. Qual a data do registo no processo clínico de alguma das seguintes complicações crónicas resultante da diabetes:</p> <p>14.1 Problemas circulatórios:  __ __  Anos/Mês (Riscar o que não interessa)</p> <p>14.2 Retinopatia diabética:  __ __  Anos/Mês (Riscar o que não interessa)</p> <p>14.3 Nefropatia diabética:  __ __  Anos/Mês (Riscar o que não interessa)</p> <p>14.4 Neuropatia diabética:  __ __  Anos/Mês (Riscar o que não interessa)</p> <p>14.5 Úlcera de pé diabético:  __ __  Anos/Mês (Riscar o que não interessa)</p>	<p>14.1 __ __ , __ __ </p> <p>14.2 __ __ , __ __ </p> <p>14.3 __ __ , __ __ </p> <p>14.4 __ __ , __ __ </p> <p>14.5 __ __ , __ __ </p> <p>anos</p>
<p>15 Para além da diabetes, outras patologias listadas na lista de programas do processo clínico do(a) utente:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>16 Existe alguém que o(a) ajuda a gerir a sua diabetes?</p> <p>Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sei  __  (8) Não respondo  __  (9)</p>	<p>16 __ </p>

Parte 4 – Parâmetros	Codificação
<p>17 Hemoglobina glicada (2.º semestre de 2011):  __ __ , __ __  %</p>	<p>17 __ __ , __ __ </p>
<p>18 Tensão arterial</p> <p>18.1 1.ª Avaliação:</p> <p>18.1.1 Sistólica  __ __ __  mmHg</p> <p>18.1.2 Diastólica  __ __ __  mmHg</p> <p>18.2 2.ª Avaliação:</p> <p>18.2.1 Sistólica  __ __ __  mmHg</p> <p>18.2.2 Diastólica  __ __ __  mmHg</p> <p>18.3 3.ª Avaliação:</p> <p>18.3.1 Sistólica  __ __ __  mmHg</p> <p>18.3.2 Diastólica  __ __ __  mmHg</p>	
<p>18.4 Média das 3 avaliações:</p> <p>18.4.1 Sistólica  __ __ __  mmHg</p> <p>18.4.2 Diastólica  __ __ __  mmHg</p>	<p>18.4.1 __ __ __ </p> <p>18.4.2 __ __ __ </p>

Parte 5 – Actividades de Auto-Cuidado com a Diabetes	Codificação
<p>Utilização de Escala de Actividade de Auto-Cuidado com a Diabetes. Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004).</p> <p>As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus cuidados com a diabetes durante os últimos <b>sete</b> dias. Se esteve doente durante os últimos <b>sete</b> dias, por favor lembre-se dos últimos <b>sete</b> dias em que não estava doente.</p>	
<b>19 Alimentação Geral</b>	
<p>19.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	19.1 __
<p>19.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	19.2 __
<p>19.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	19.3 __
<b>20 Alimentação Específica</b>	
<p>20.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0)</p>	20.1 __
<p>20.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou do jantar?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0)</p>	20.2 __
<p>20.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0)</p>	20.3 __
<p>20.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0)</p>	20.4 __
<p>20.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0)</p>	20.5 __
<p>20.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7</p>	20.6 __

(7 6 5 4 3 2 1 0)	
20.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar? 0 1 2 3 4 5 6 7 (7 6 5 4 3 2 1 0)	20.7 __
<b>21 Actividade Física</b>	
21.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)? 0 1 2 3 4 5 6 7	21.1 __
21.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho? 0 1 2 3 4 5 6 7	21.2 __
<b>22 Monitorização de Glicemia</b>	
22.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue? 0 1 2 3 4 5 6 7	22.1 __
22.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue, no número de vezes que o seu médico ou enfermeiro recomendou? 0 1 2 3 4 5 6 7	22.2 __
<b>23 Cuidados com os pés</b>	
23.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés? 0 1 2 3 4 5 6 7	23.1 __
23.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés? 0 1 2 3 4 5 6 7	23.2 __
23.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar? 0 1 2 3 4 5 6 7	23.3 __
<b>24 Medicamentos</b>	
24.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes? 0 1 2 3 4 5 6 7	24.1 __
OU (se insulina e comprimidos)	
24.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina? 0 1 2 3 4 5 6 7	24.2 __
24.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da diabetes? 0 1 2 3 4 5 6 7	24.3 __
<b>25 Hábitos tabágicos</b>	
25.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS? Não  __  (0) Sim  __  (1)	25.1 __

25.2	Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros:  __ __	25.2 __ __
25.3	Quando fumou o seu último cigarro? Nunca fumou  __  <sup>(0)</sup> Há mais de dois anos atrás  __  <sup>(1)</sup> Um a dois anos atrás  __  <sup>(2)</sup> Quatro a doze meses atrás  __  <sup>(3)</sup> Um a três meses atrás  __  <sup>(4)</sup> No último mês  __  <sup>(5)</sup> Hoje  __  <sup>(6)</sup>	25.3 __

Parte 6 – Questionário sobre a Terapêutica Medicamentosa		Codificação
Relativamente a cada medicamento:		
26 <u>1.º Medicamento</u>		
26.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
26.2	ATC _____	
26.3	ATC 2.º nível _____	
26.4	ATC 3.º nível _____	
26.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  <sup>(1)</sup> Médico especialista  __  <sup>(2)</sup> Automedicação  __  <sup>(3)</sup> Não sabe  __  <sup>(8)</sup> Não responde  __  <sup>(9)</sup>	26.5  __
26.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  <sup>(8)</sup> Não responde  __  <sup>(9)</sup>	26.6  __
26.6.1	Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  <sup>(1)</sup> Não  __  <sup>(2)</sup>	26.6.1 __
26.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  <sup>(8)</sup> Não responde  __  <sup>(9)</sup>	26.7  __
26.7.1	Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  <sup>(1)</sup> Não  __  <sup>(2)</sup>	26.7.1  __
26.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  __  <sup>(8)</sup> Não responde  __  <sup>(9)</sup>	26.8  __
26.8.1	Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  <sup>(1)</sup> Não  __  <sup>(2)</sup>	26.8.1  __
26.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  <sup>(8)</sup> Não responde  __  <sup>(9)</sup>	26.9  __
26.9.1	Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  <sup>(1)</sup> Não  __  <sup>(2)</sup>	26.9.1  __
26.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  <sup>(8)</sup> Não responde  __  <sup>(9)</sup>	26.10 __
26.10.1	Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  <sup>(1)</sup> Não  __  <sup>(2)</sup>	26.10.1 __

26.11	Considera que faz efeito? Sim  __  (1)      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	26.11  __
26.12	Há quanto tempo toma? Dias  __       Meses  __       Anos  __  Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	26.12  __
26.13	Até quando vai tomar? Dias  __       Meses  __       Anos  __  Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	26.13  __
26.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1)      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	26.14  __
26.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	26.15  __

27 <u>2.º Medicamento</u>		
27.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
27.2	ATC _____	
27.3	ATC 2.º nível _____	
27.4	ATC 3.º nível _____	
27.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	27.5  __
27.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	27.6  __
	27.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	27.6.1  __
27.6	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	27.7  __
	27.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	27.7.1  __
27.7	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	27.8  __
	27.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	27.8.1  __
27.8	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	27.9  __

27.9.1	Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	27.9.1  __
27.9	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	27.10 __
27.10.1	Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  (1) Não  __  (2)	27.10.1 __
27.10	Considera que faz efeito? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	27.11  __
27.11	Há quanto tempo toma? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	27.12  __ __
27.12	Até quando vai tomar? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	27.13  __ __
27.13	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	27.14  __
27.14	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	27.15  __

28	<u>3.º Medicamento</u>	
28.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____/_____	
28.2	ATC _____	
28.3	ATC 2.º nível _____	
28.4	ATC 3.º nível _____	
28.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	28.5 __
28.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	28.6 __
28.6.1	Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	28.6.1 __
28.6	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	28.7  __
28.7.1	Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	28.7.1  __
28.7	Quantas vezes toma por dia? _____	

Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)		28.8  __
28.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		28.8.1  __
28.8	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	28.9  __
28.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		28.9.1  __
28.9	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	28.10 __
28.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  (1) Não  __  (2)		28.10.1 __
28.10	Considera que faz efeito? Sim  __  (1)      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	28.11  __
28.11	Há quanto tempo toma? Dias  __ __       Meses  __ __       Anos  __ __  Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	28.12  __ __
28.12	Até quando vai tomar? Dias  __ __       Meses  __ __       Anos  __ __  Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	28.13  __ __
28.13	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1)      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	28.14  __
28.14	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	28.15  __

29 <u>4.º Medicamento</u>		
29.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
29.2	ATC _____	
29.3	ATC 2.º nível _____	
29.4	ATC 3.º nível _____	
29.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	29.5 __
29.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.6 __
29.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		29.6.1 __

29.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.7  __
29.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		29.7.1  __
29.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.8  __
29.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		29.8.1  __
29.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.9  __
29.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		29.9.1  __
29.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.10  __
29.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  (1) Não  __  (2)		29.10.1  __
29.11	Considera que faz efeito? Sim  __  (1)      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.11  __
29.12	Há quanto tempo toma? Dias  __ __       Meses  __ __       Anos  __ __  Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.12  __ __
29.13	Até quando vai tomar? Dias  __ __       Meses  __ __       Anos  __ __  Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.13  __ __
29.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1)      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	29.14  __
29.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8)      Não responde  __  (9)	29.15  __

30	<u>5.º Medicamento</u>	
30.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
30.2	ATC _____	
30.3	ATC 2.º nível _____	
30.4	ATC 3.º nível _____	

30.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.5 __
30.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.6 __
	30.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	30.6.1 __
30.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.7  __
	30.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	30.7.1  __
30.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.8  __
	30.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	30.8.1  __
30.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.9  __
	30.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	30.9.1  __
30.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.10 __
	30.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  (1) Não  __  (2)	30.10.1 __
30.11	Considera que faz efeito? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.11  __
30.12	Há quanto tempo toma? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.12  __ __
30.13	Até quando vai tomar? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.13  __ __
30.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	30.14  __
30.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	30.15  __

31 <u>6º Medicamento</u>		
31.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
31.2	ATC _____	
31.3	ATC 2.º nível _____	
31.4	ATC 3.º nível _____	
31.5	Quem prescreveu? Médico de família <input type="checkbox"/> (1) Médico especialista <input type="checkbox"/> (2) Automedicação <input type="checkbox"/> (3) Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.5 __
31.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.6 __
	31.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	31.6.1 __
31.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.7 __
	31.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	31.7.1 __
31.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.8 __
	31.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	31.8.1 __
31.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.9 __
	31.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	31.9.1 __
31.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.10 __
	31.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	31.10.1 __
31.11	Considera que faz efeito? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.11 __
31.12	Há quanto tempo toma? Dias <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.12 __
31.13	Até quando vai tomar? Dias <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	31.13 __
31.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9) Se sim, quais? _____	31.14 __

31.15 Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	31.15  __
--	-----------

<b>32 7º Medicamento</b>	
32.1 Nome Comercial / genérico/DCI: _____/_____	
32.2 ATC _____	
32.3 ATC 2.º nível _____	
32.4 ATC 3.º nível _____	
32.5 Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.5 __
32.6 Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.6 __
32.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	32.6.1 __
32.7 Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.7  __
32.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	32.7.1  __
32.8 Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.8  __
32.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	32.8.1  __
32.9 Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.9  __
32.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	32.9.1  __
32.10 Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.10 __
32.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  (1) Não  __  (2)	32.10.1 __
32.11 Considera que faz efeito? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.11  __
32.12 Há quanto tempo toma? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.12  __ __
32.13 Até quando vai tomar? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	32.13  __ __

32.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1)                      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	32.14  __
32.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9)	32.15  __

<b>33 8º Medicamento</b>		
33.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
33.2	ATC _____	
33.3	ATC 2.º nível _____	
33.4	ATC 3.º nível _____	
33.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	33.5 __
33.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9)	33.6 __
	33.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	33.6.1 __
33.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9)	33.7  __
	33.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	33.7.1  __
33.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9)	33.8  __
	33.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	33.8.1  __
33.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9)	33.9  __
	33.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	33.9.1  __
33.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9)	33.10 __
	33.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  (1) Não  __  (2)	33.10.1 __
33.11	Considera que faz efeito? Sim  __  (1)                      Não  __  (2) Não sabe  __  (8)              Não responde  __  (9)	33.11  __

33.12	Há quanto tempo toma? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	33.12  __ __
33.13	Até quando vai tomar? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	33.13  __ __
33.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	33.14  __
33.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	33.15  __

34 <u>9º Medicamento</u>		
34.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
34.2	ATC _____	
34.3	ATC 2.º nível _____	
34.4	ATC 3.º nível _____	
34.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	34.5 __
34.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	34.6 __
	34.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	34.6.1 __
34.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	34.7  __
	34.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	34.7.1  __
34.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	34.8  __
	34.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	34.8.1  __
34.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	34.9  __
	34.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)	34.9.1  __
34.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	34.10 __

34.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  _  (1) Não  _  (2)		34.10.1  _
34.11	Considera que faz efeito? Sim  _  (1) Não  _  (2) Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	34.11  _
34.12	Há quanto tempo toma? Dias  _ _  Meses  _ _  Anos  _ _  Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	34.12  _ _
34.13	Até quando vai tomar? Dias  _ _  Meses  _ _  Anos  _ _  Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	34.13  _ _
34.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  _  (1) Não  _  (2) Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9) Se sim, quais? _____	34.14  _
34.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  _  (1) Se sim, qual? _____ Não  _  (2) Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	34.15  _

35 <u>10º Medicamento</u>		
35.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____/_____	
35.2	ATC _____	
35.3	ATC 2.º nível _____	
35.4	ATC 3.º nível _____	
35.5	Quem prescreveu? Médico de família  _  (1) Médico especialista  _  (2) Automedicação  _  (3) Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	35.5  _
35.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	35.6  _
35.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  _  (1) Não  _  (2)		35.6.1  _
35.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	35.7  _
35.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  _  (1) Não  _  (2)		35.7.1  _
35.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	35.8  _
35.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  _  (1) Não  _  (2)		35.8.1  _

35.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	35.9  __
35.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		35.9.1  __
35.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	35.10 __
35.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  __  (1) Não  __  (2)		35.10.1 __
35.11	Considera que faz efeito? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	35.11  __
35.12	Há quanto tempo toma? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	35.12  __ __
35.13	Até quando vai tomar? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	35.13  __ __
35.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  __  (1) Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9) Se sim, quais? _____	35.14  __
35.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  __  (1) Se sim, qual? _____ Não  __  (2) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	35.15  __

36 <u>11º Medicamento</u>		
26.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
26.2	ATC _____	
26.3	ATC 2.º nível _____	
26.4	ATC 3.º nível _____	
26.5	Quem prescreveu? Médico de família  __  (1) Médico especialista  __  (2) Automedicação  __  (3) Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	36.5 __
26.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	36.6 __
36.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  __  (1) Não  __  (2)		36.6.1 __
26.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe  __  (8) Não responde  __  (9)	36.7  __

	36.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  _  (1) Não  _  (2)	36.7.1  _
26.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	36.8  _
	36.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  _  (1) Não  _  (2)	36.8.1  _
26.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	36.9  _
	36.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim  _  (1) Não  _  (2)	36.9.1  _
26.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	36.10  _
	36.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim  _  (1) Não  _  (2)	36.10.1  _
26.11	Considera que faz efeito? Sim  _  (1) Não  _  (2) Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	36.11  _
26.12	Há quanto tempo toma? Dias  _ _  Meses  _ _  Anos  _ _  Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	36.12  _ _
26.13	Até quando vai tomar? Dias  _ _  Meses  _ _  Anos  _ _  Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	36.13  _ _
26.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim  _  (1) Não  _  (2) Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9) Se sim, quais? _____	36.14  _
26.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim  _  (1) Se sim, qual? _____ Não  _  (2) Não sabe  _  (8) Não responde  _  (9)	36.15  _

37	<b>° Medicamento</b>	
37.1	Nome Comercial / genérico/DCI: _____ / _____	
37.2	ATC _____	
37.3	ATC 2.º nível _____	
37.4	ATC 3.º nível _____	
37.5	Quem prescreveu? Médico de família <input type="checkbox"/> (1) Médico especialista <input type="checkbox"/> (2) Automedicação <input type="checkbox"/> (3) Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.5 __
37.6	Apresentação farmacêutica: _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.6 __
	37.6.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	37.6.1 __
37.7	Quanto é que toma/dose? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.7  __
	37.7.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	37.7.1  __
37.8	Quantas vezes toma por dia? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.8  __
	37.8.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	37.8.1  __
37.9	Em que momento do dia toma? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.9  __
	37.9.1 Corresponde à informação do processo clínico? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	37.9.1  __
37.10	Para o que toma o medicamento? _____ Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.10 __
	37.10.1 Corresponde à indicação do fármaco? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2)	37.10.1 __
37.11	Considera que faz efeito? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.11  __
37.12	Há quanto tempo toma? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.12  __ __
37.13	Até quando vai tomar? Dias  __ __  Meses  __ __  Anos  __ __  Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.13  __ __
37.14	Dificuldades para tomar o medicamento? Sim <input type="checkbox"/> (1) Não <input type="checkbox"/> (2) Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9) Se sim, quais? _____	37.14  __
37.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho? Sim <input type="checkbox"/> (1) Se sim, qual? _____ Não <input type="checkbox"/> (2) Não sabe <input type="checkbox"/> (8) Não responde <input type="checkbox"/> (9)	37.15  __

IAI - Instrumento de Avaliação Integrado  
Inquérito referente a 4 semanas antes

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Idade: \_\_\_ anos      Iniciais: \_\_\_\_\_  
 Nº BI / Passaporte: \_\_\_\_\_

Respondeu ao inquérito:  
 o próprio  
 o prestador de cuidados

Pontuação  
Classificação

SEXO		0	feminino	1	masculino						
IDADE		0	80 ou mais anos	1	65 a 79 anos	2	50 a 64 anos	3	18 a 49 anos		
P1	Queixas <b>Musculo-esqueléticas *</b>	0	com queixas					3	sem queixas		
P2	Queixas <b>Visão *</b>	0	com queixas					3	sem queixas		
P3	Queixas <b>Audição *</b>	0	com queixas					3	sem queixas		
P4	Queixas <b>Pele *</b>	0	com queixas					3	sem queixas		
P5	Queixas <b>Outros Órgãos/Sistemas *</b>	0	com queixas					3	sem queixas		
<b>QUEIXAS DE SAÚDE</b>		a menor pontuação _____		0	com queixas			3	sem queixas		
OB1	<b>IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²)</b>	0	menos de 16,0 magreza	1	16,0 a 18,4 baixo peso			3	18,5 a 25,0 adequado		
	peso * ___ / altura² ___ = ___	0	mais de 30,0 obesidade	1	25,1 a 30,0 excesso peso						
OB2	<b>CINT - Cintura - feminino (cm)</b>	0	mais de 88 obesidade II	1	80 a 88 obesidade I			3	menos de 80 adequado		
	1ª ___ ; 2ª ___ ; 3ª ___	0	mais de 102 obesidade II	1	94 a 102 obesidade I			3	menos de 94 adequado		
	<b>CINT - Cintura - masculino (cm)</b>	0	mais de 102 obesidade II	1	94 a 102 obesidade I			3	menos de 94 adequado		
	média (1ª+2ª+3ª)/ 3 = ___ cm										
<b>ESTADO DE NUTRIÇÃO</b>		média:(pont.IMC+CINT)/2 = _____		0	0 a 0,9 magro ou obeso	1	1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso	3	3 adequado		
P6	<b>Nº de Quedas (último ano)</b>	0	4 ou mais quedas	1	2 a 3 quedas	2	1 queda	3	sem quedas		
P7	<b>Momento de Quedas</b>	0	menos de 1 mês	1	1 mês a 1 ano	2	mais de 1 ano	3	sem quedas		
P8	<b>Motivo de Quedas</b>	0	interno+externo	1	interno	2	externo	3	sem quedas		
P9	<b>Sequelas de Quedas ocorridas</b>	0	com alt mobilidade	1	sem alt mobilidade	2	sem sequelas	3	sem quedas		
<b>QUEDAS</b>		média:(P6+P7+P8+P9)/4 = _____		0	0 a 0,9 mau	1	1 a 1,9 insatisfatório	2	2 a 2,9 satisfatório	3	3 bom
P10	<b>Andar em casa, dentro de edifícios</b>	0	incapaz, não anda	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P11	<b>Andar na rua</b>	0	incapaz, não sai	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P12	<b>Andar em escadas</b>	0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P13	<b>Locomoção e meios para visão e audição</b>					2	meios	3	independente		
<b>LOCOMOÇÃO</b>		a menor pontuação _____		0	incapaz	1	dependente	2	autónomo	3	independente
P14	<b>Lavar-se/tomar banho</b>	0	incapaz, não se lava	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P15	<b>Vestir-se/despir-se</b>	0	incapaz, não se veste	1	dependente de 3ºs	2	meios / acabamentos	3	independente		
P16	<b>Usar a sanita e/ou bacio/urinol</b>	0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P17	<b>Deitar-se/levantar-se da cama</b>	0	incapaz, não se levanta	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P18	<b>Sentar-se/levantar-se de cadeiras</b>	0	incapaz, não se senta	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P19	<b>Controlar a urina</b>	0	incapaz, não controla	1	dependente de 3ºs	2	meios / incont esporadica	3	independente		
P20	<b>Controlar as fezes</b>	0	incapaz, não controla	1	dependente de 3ºs	2	meios / incont esporadica	3	independente		
P21	<b>Alimentar-se/comer</b>	0	incapaz, não se alimenta	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P22	<b>Autonomia Física e meios para visão e audição</b>					2	meios	3	independente		
<b>AUTONOMIA FÍSICA</b>		a menor pontuação _____		0	incapaz	1	dependente	2	autónomo	3	independente
P23	<b>Usar o telefone</b>	0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios	3	independente		
P24	<b>Fazer compras</b>	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente		
P25	<b>Preparar refeições</b>	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente		
P26	<b>Tarefas de lida da casa</b>	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente		
P27	<b>Lavar/tratar da sua roupa</b>	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente		
P28	<b>Usar transportes (onde não pode ir a pé)</b>	0	incapaz, não usa	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente		
P29	<b>Tomar os seus medicamentos</b>	0	incapaz, não toma	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente		
P30	<b>Gerir o seu dinheiro</b>	0	incapaz, não faz	1	dependente de 3ºs	2	meios / ajuda ocasional	3	independente		
P31	<b>Autonomia Instrumental e meios para visão e audição</b>					2	meios	3	independente		



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a sua diabetes e a sua vigilância na consulta de enfermagem, pretende-se colher mais dados de forma a podermos ajudá-lo a melhorar a gestão da sua diabetes.

É neste sentido que ser-lhe-á solicitado que participe num conjunto de formações, organizadas pelo enfermeiro Pedro Daniel, no âmbito da consulta de enfermagem onde é seguido.

O conjunto das actividades tem como base a realização de um projecto de estágio desenvolvido pelo enfermeiro Pedro Daniel, tendo a seguinte designação: "*A promoção do auto-cuidado num grupo de idosos com diabetes mellitus tipo 2 – intervenções de enfermagem.*" Este vai decorrer no âmbito do seu plano de cuidados de saúde, na sua Unidade de Saúde Familiar.

Eu, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi dada acerca das actividades que me são solicitadas, tendo tido a oportunidade de fazer as perguntas que achei necessárias.

Pelo que me foi transmitido percebo:

1. Os passos que serão feitos, ou seja qual o **método** utilizado;
2. Que com a participação nestas actividades, terei como **possíveis benefícios**, uma maior aquisição de conhecimentos sobre a diabetes;
3. Que não se espera que haja **riscos** pela minha participação;
4. Que não serei identificado em nenhuma publicitação dos resultados;
5. Que percebo e aceito que a minha participação é **voluntária** e que posso abandonar as actividades quando quiser.

Seixal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Assinatura do participante

---

Assinatura do investigador/enfermeiro

---

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**  
**Unidade de Saúde Familiar Cuidar Saúde**

Unidade de Saúde Familiar  
**Cuidar Saúde**

Projecto "Cuidar... caminhando"


**A Diabetes e a Atividade Física**

Seixal, 20 de Janeiro de 2012

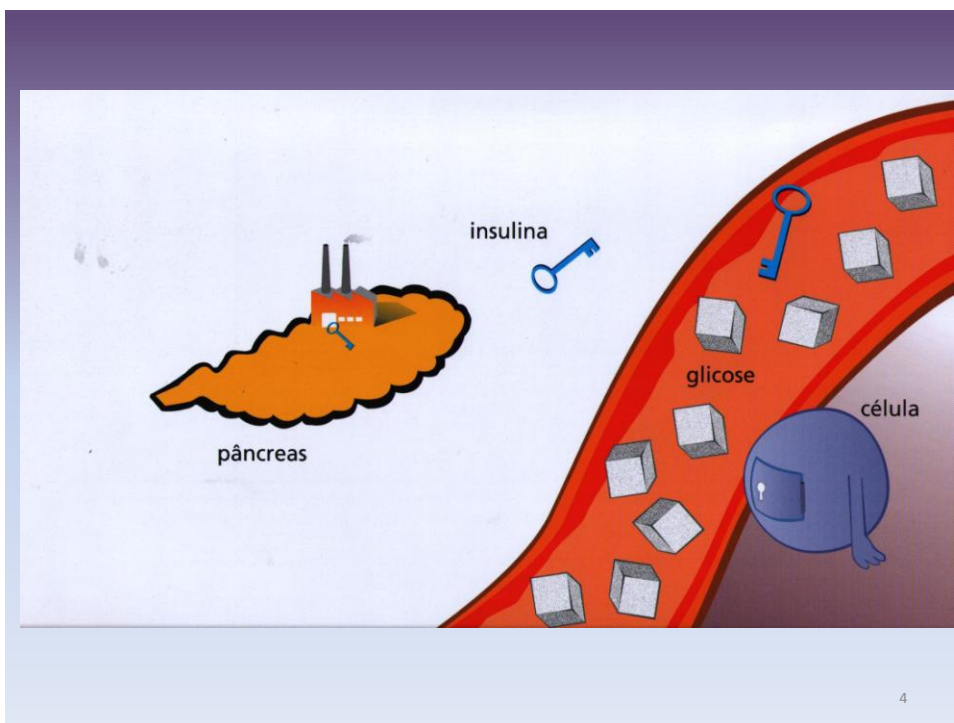
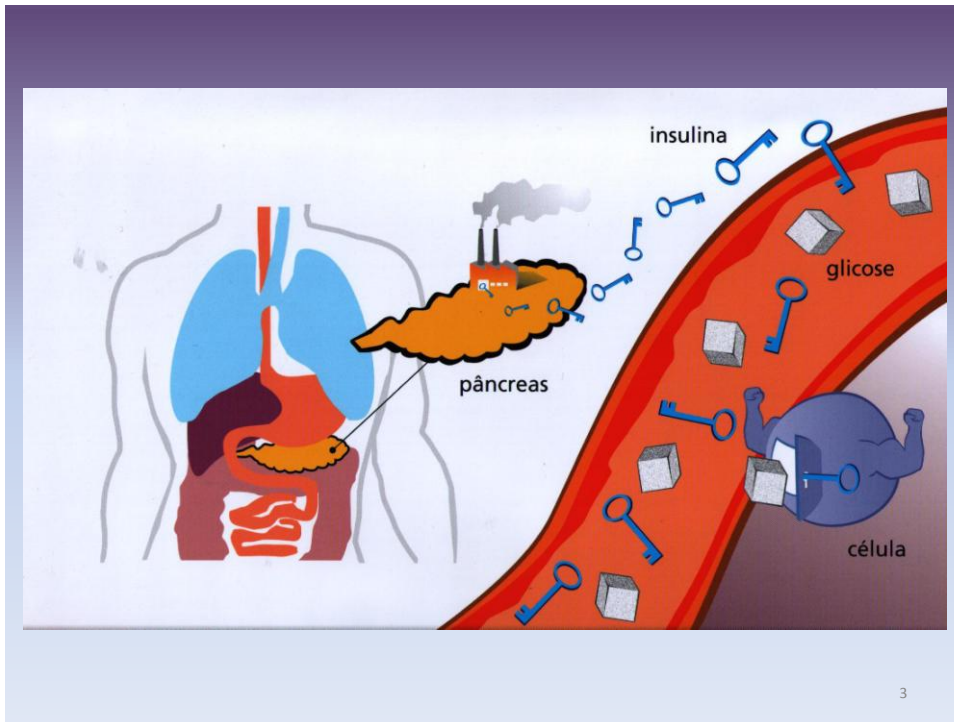
Enfermeiro Pedro Daniel

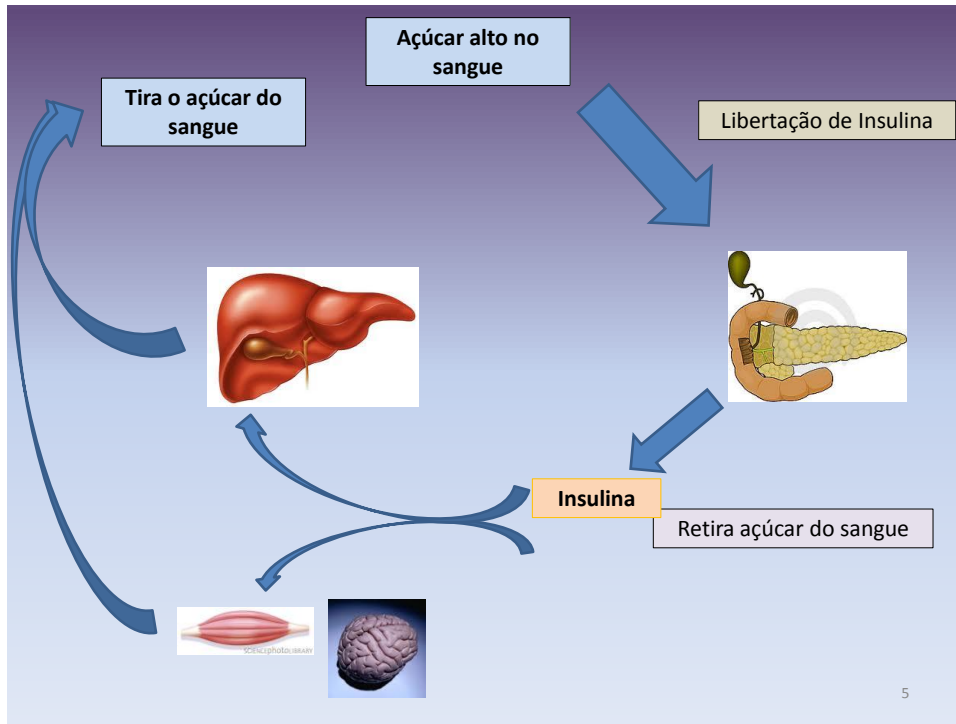
1

**Pâncreas**

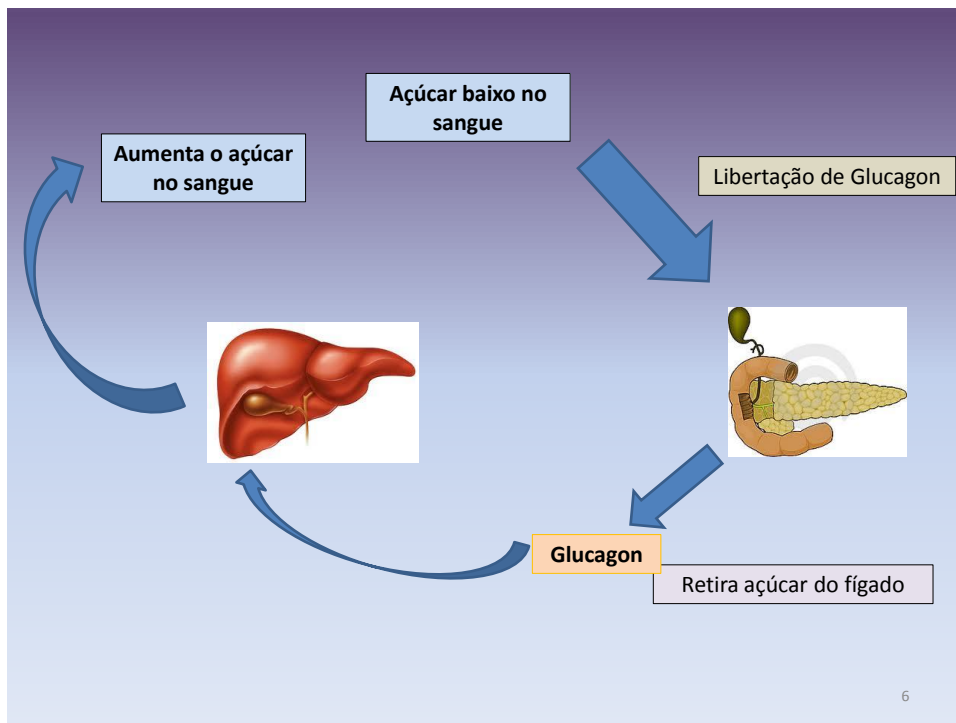


2



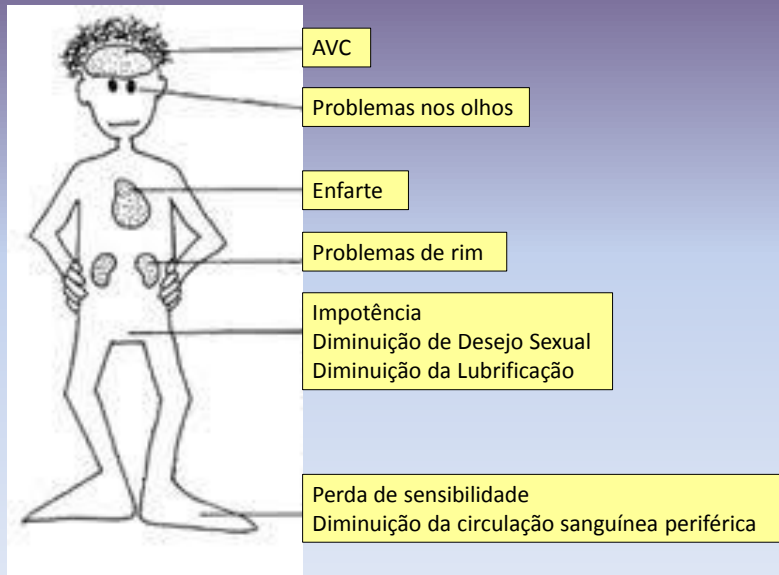


5



6

## Complicações da Diabetes



7

## Como controlar o nível de açúcar no sangue?



8

## Resultados do Questionário

- **Medicamentos**
  - Apenas um utente conhece na totalidades os medicamentos que faz
  - Alguns utentes tomam os medicamentos em alturas diferentes do que está prescrito
- **Alimentação**
  - Identificados erros alimentares e erros na frequência em que se come
- **Actividade física**
  - É feito, mas não nas vezes suficientes

9

## Actividade Física - Questionário

Em média, a actividade física acontece 3 a 4 vezes por semana

Apenas 1 utente faz actividade física “organizada”

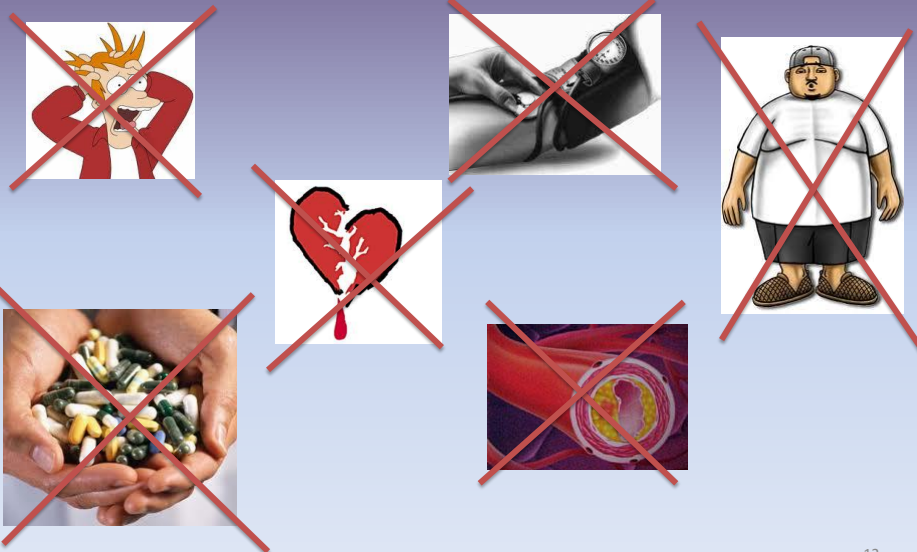
10

- Quantos dias por semana?
- Quanto tempo deve durar?
- Quem não faz, como deve começar?
- Não me vou sentir mal?
- A que horas tomo o medicamento quando faço exercício?
- A que horas devo comer?
- ...

Antes disto...

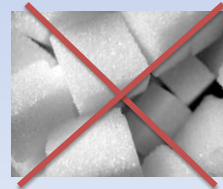
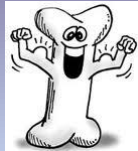
11

## Porque devo praticar Actividade Física?



12

## Porque devo praticar Actividade Física?



13

## Como fazer?

- Qual é o exercício adequado?



- Para cada pessoa:
  - Uma determinada dose, tempo e precauções.
  - Tem indicações e contra-indicações.

14

- Qual o exercício? – o mais barato!!
  - Caminhar
  - Bicicleta (em casa ou na rua)
  - Natação/Hidroginástica
  - Baile/Dança.
- Que quantidade?
  - Pelo menos 30 minutos. Ideal 45 minutos
  - Mínimo 3 a 4 vezes por semana
  - Ótimo – TODOS OS DIAS!

15

## Como começar e como fazer?

- Começar com pequenos percursos
  - 15 minutos diários
- Primeiros 5 minutos – lentos
  - Aumentando pouco a pouco a velocidade
- Manter o passo igual
- Últimos 5 minutos para ir diminuindo
- Aumentar o tempo de manutenção
  - 5 minutos de 2 em 2 semanas até ser 45 minutos

16

## Recomendações gerais

- Ambiente cómodo
- Se está doente ou com alguma infecção, aguardar até terminar o tratamento
- Melhor hora: manhã cedo ou entardecer (evitar horas de calor!)
- Cuidado com o clima
- Fazer exercício acompanhados, por pessoas que também o queiram fazer
- Calçado cómodo, roupa de algodão, larga.

17

## Recomendações na presença de Diabetes

- Manter-se bem hidratado
- Evitar fazer exercício se açúcar + de 250mg/dl
- Estar atento aos sintomas de hipoglicemia
- Evitar fazer exercício durante a hora de maior efeito dos medicamentos ou insulina (evitar hipoglicemias)
- Ter sempre uma identificação em que apareça os seus problemas, medicamentos e a quem avisar (contacto)
- Ter sempre açúcar à mão.

18

## Começa-se pelas pequenas coisas

- Menos casa e mais caminhada
- Não estacionar o carro à entrada dos sítios (deixar mais longe)
- Utilizar um pouco do tempo diário para alguma actividade física
- Usar escadas
- Acompanhar-se de pessoas que queiram fazer exercícios

19

## O exercício deve ser moderado!!

- Aquecimento!
- Manutenção!
- Arrefecimento!
- Moderado
  - Manter conversa sem falta de ar
  - Sensação de calor no corpo
  - Não sentir fadiga nem falta de ar
  - Não esforçar-se mais do que o normal
  - Não cansar-se

20

## Evitar Exercício Intenso



- Aumenta a probabilidade de enfarte ou arritmias
- Quem nunca faz exercício e começa a fazer exercício intenso corre mais risco de morte
- Leva à dor no corpo, reduzindo o desejo de continuar
- Requer a supervisão de um especialista

21

## Sinais de Alarme do Exercício

- Dor no peito
- Falta de ar
- Tontura
- Sudação fria sem explicação
- Desmaio
- Fadiga em pouco esforço

22

- Antes de começar a fazer exercício regular, consultar médico
  - ECG
  - Rx
  - Prova de esforço
  - Análises
- Quem tem problemas de coração... tem que ser avaliado pelo seu cardiologista.

23

## Manter!!

- O êxito no controlo da Diabetes é manter a frequência do exercício
- Efeitos, além de existirem a curto prazo, existem a longo prazo
- Exercício tem que se tornar UM HÁBITO!

24

## É mais fácil dar desculpas... que fazer!

- Estou muito velha(o)
- Faz muito calor
- Não tenho onde caminhar
- Ninguém me faz companhia
- Dói-me tudo
- Não tenho tempo
- Não gosto de caminhar
- Gosto de mim assim

25

## É mais fácil dar desculpas... que fazer!

- Estou bem
- O médico não me falou nisso
- Em casa, não paro um bocadinho
- Depois fico com muita fome
- Tenho medo dos enfartes
- Dá-me preguiça

26

Conhecimento

Vontade

27